

Aus der Abteilung II
„Soziologie in der Medizin“
Institut für Medizin-Soziologie des
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Direktor: Prof. Dr. Dr. Alf Trojan

Kurzzeitpatienten im Krankenhaus

Vorstudien zur Erhebung der Patientenzufriedenheit aus Patienten-
sicht mittels eines neuen Fragebogens

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

Holger Passfeld
aus Dinslaken

Hamburg, April 2001

Angenommen von dem Fachbereich Medizin
der Universität Hamburg am: 14. August 2001

Gedruckt mit Genehmigung des Fachbereichs
Medizin der Universität Hamburg

Sprecher: Prof. Dr. H.-P. Leichtweiß

Referent: Prof. Dr. Dr. A. Trojan

Koreferent:

DANKSAGUNG

Mein Dank gilt Herrn Professor Dr. Dr. Alf Trojan für die Ermunterung zu dieser Arbeit und für seine geduldige und konstruktive Betreuung.

Ebenfalls danke ich Herrn Stefan Nickel, wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Medizin-Soziologie für seine Hilfe.

Hamburg, im April 2001

INHALT

Einleitung.....	6
1. Einführung in die Problematik	9
1.1 Belastungen für den Patienten im Krankenhaus.....	9
1.2 Versuch eines gesundheitspolitischen Überblicks.....	12
1.3 Das Krankenhaus im Wandel : Veränderte gesetzliche Rahmenbedingungen für Krankenhäuser	22
1.4 Die Patientenrolle im Wandel.....	28
1.5 Qualitätssicherung und -verbesserung als neue Konzepte	32
1.6 Studien zur Patientenzufriedenheit.....	37
1.7 Kurzzeitpatienten: Ein Bereich mit wachsender Bedeutung	44
1.8 Fragestellungen der Arbeit im Kontext eines Public-Health Projekts.....	47
1.9 Zusammenfassung	49
2. Methodik	52
2.1 Sekundäranalyse der Hamburger Krankenhausstatistik	54
2.2 Interviews.....	55
2.2.1 Qualitative Expertengespräche.....	56
2.2.2 Durchführung, Ablauf und Auswertung: Krankenhausexperten.....	58
2.2.3 Durchführung, Ablauf und Auswertung: Patienten.....	59
2.2.4 Durchführung, Ablauf und Auswertung: Niedergelassene Ärzte.....	60
2.3 Probleme und Grenzen der Vorstudien.....	61
2.4 Zusammenfassung	64
3. Ergebnis.....	65
3.1 Beschreibung des Untersuchungsbereichs.....	65
3.2 Entwicklung der Häufigkeit von Kurzzeit-Behandlungen in Hamburg	76
3.3 Ergebnisse der Interviews mit Krankenhausexperten ergänzt durch eine Medien- und Literaturanalyse	87
3.4 Ergebnisse der Interviews mit Patienten	98
3.5 Ergebnisse der Interviews mit niedergelassenen Ärzten	105
3.6 Zusammenfassung	113
4. Diskussion.....	115
4.1 Inhaltliche Bilanz der Interviews.....	115
4.2 Methodische Bilanz der Entwicklung eines Fragebogens für Kurzzeitpatienten.....	127
4.3 Erfahrungen mit dem Fragebogen und seine Bewertung durch die Patienten	128
4.4 Kurzzeitpatienten: Sind gesonderte Befragungen sinnvoll?.....	131
4.5 Chancen und Risiken der pauschalierten Vergütung medizinischer Leistungen	134
5. Zusammenfassung.....	138

Literatur	140
Anhang	147
Gesprächsleitfaden für Krankenhausesperten.....	148
Gesprächsleitfaden für Patienten.....	151
Gesprächsleitfaden für niedergelassene Ärzte.....	152
Der entstandene Pretest-Fragebogen.....	153
Der endgültige Fragebogen.....	161

EINLEITUNG

Die in den letzten zwei Jahrzehnten, aufgrund wirtschaftlicher Rezession und zunehmender struktureller Arbeitslosigkeit steigenden Beitragssätze der Gesetzlichen Krankenversicherung, die in der öffentlichen Diskussion fälschlicherweise als "Kostenexplosion" der Gesundheitsausgaben gedeutet wurden, und die in der zweiten Hälfte der neunziger Jahre tatsächlich steigende Gesundheitsquote¹, haben eine finanzielle Optimierung des Gesundheitswesens in den Mittelpunkt der deutschen Gesundheitspolitik gerückt. Hierbei handelt es sich um eine internationale Entwicklung, wobei "reiche Länder, wie die Bundesrepublik Deutschland das Rationierungsthema über drei Jahrzehnte verdrängen konnten, während die ärmeren dazu nie in der Lage waren" (Rienhoff 1998). Der Hauptfokus der Rationierungs- und Rationalisierungsbemühungen liegt seit jeher auf dem Krankenhaussektor, der einen Großteil, der für die gesundheitlichen Versorgung aufgewandten finanziellen und personellen Ressourcen beansprucht. Beginnend mit dem Krankenversicherungs-Kostendämpfungs-gesetz aus dem Jahr 1977 haben die verschiedenen Regierungen immer wieder gesetzgeberischen Einfluß auf diese Entwicklung genommen, wobei sie allerdings höchstens kurzfristige Erfolge erringen konnten. In den meisten Gesundheitssystemen wird eine solche Verknappung der verfügbaren Ressourcen im Gesundheitswesen in der Regel mit neuen Verfahren zur Qualitätssicherung verknüpft, "um unerwünschte negative Qualitätsreaktionen des Systems frühzeitig zu erkennen und ggf. korrigieren zu können" (ebd.). Während dazu in den USA bereits seit den fünfziger Jahren auch das Patientenurteil über die erlebte medizinische Versorgung Beachtung fand, indem systematische Befragungen durchgeführt wurden, erlangt die Qualitätsbeurteilung aus Patientensicht hier erst in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung. Das hängt unter anderem auch mit dem sich verschärfenden Wettbewerb unter den Anbietern und der gewandelten Rolle des Patienten als Kunden eines Dienstleistungsbereichs zusammen². Mittlerweile sind zahlreiche Studien publiziert worden und es existieren etliche wissenschaftlich fundierte Erhebungsinstrumente.

Mit Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes zum 1. Januar 1993 entstanden die bisher tiefgreifendsten Veränderungen des Gesundheitssystems. Durch die Aufhebung des Selbstkostendeckungsprinzips und die Einführung eines leistungsbezogenen Finanzierungssystems mit Fallpauschalen und Sonderentgelten ist es erstmalig im finanziellen

¹ Die Gesundheitsquote ist der prozentuale Anteil des Bruttosozialprodukts eines Staates, der für die Gesundheit seiner Bewohner ausgegeben wird.

² Vor diesem Hintergrund sind vor allem Vergleiche von verschiedenen Krankenhäusern zu betrachten, die im Sinne von Qualitätsranglisten die Krankenhauswahl der Patienten zunehmend mitbeeinflussen, wie sie z.B. von

Interesse der Krankenhäuser, die behandelten Patienten schnell wieder zu entlassen. Verbunden mit dem "medizinischen Fortschritt", v.a. der minimal-invasiven Chirurgie, führt dies zu einer Verkürzung der allgemeinen Verweildauer und der Einführung neuer Behandlungsabläufe unter der Überschrift Kurzzeittherapie, wodurch immer mehr Patienten schon nach wenigen Tagen aus dem Krankenhaus entlassen werden. Gerade für diesen momentan sehr schnell wachsenden Bereich, mit einem besonders großen Bedarf an Qualitätssicherung gibt es allerdings kaum Untersuchungen, in denen die Patientenzufriedenheit im Mittelpunkt steht. Möglicherweise auch in Ermangelung eines passenden Instruments, denn es ist davon auszugehen, daß die besonderen Anforderungen und Abläufe einer Kurzzeittherapie die Entwicklung eines eigenen Fragebogen notwendig machen, um die Zufriedenheit der Kurzzeitpatienten zu erheben. Das relativ breite Untersuchungsfeld muß vorher erforscht und eingegrenzt, mögliche Problemfelder herausgearbeitet werden. Hierzu sollen im Rahmen dieser Arbeit qualitative leitfadenorientierte Interviews mit den drei hauptbeteiligten Gruppen durchgeführt und ausgewertet werden: Krankenhausexperten, Patienten und niedergelassenen Ärzte. Die gewonnenen Erkenntnisse fließen dann ein in die Entwicklung eines Fragebogens zur Erhebung der Zufriedenheit von Kurzzeitpatienten im Rahmen eines Projekts des Norddeutschen Forschungsverbunds Public Health³.

Zur Einführung in die Problematik werden in einem ersten Absatz die Belastungen für den Patienten im Krankenhaus dargestellt. Nach einer Einordnung der letzten Reformen im Gesundheitswesen in den allgemeinen gesundheitspolitischen Kontext werden die konkreten Auswirkungen für die Krankenhäuser beleuchtet. In einem vierten und fünften Abschnitt werden dann die gewandelte Patientenrolle und die Qualitätsdiskussion im Gesundheitswesen aufgegriffen. Es folgt eine Bestandsaufnahme der bisherigen Studien zur Patienten-Zufriedenheit und eine Analyse des dabei vernachlässigten Bereichs der Kurzzeitpatienten.

Nach einer kurzen Erläuterung der angewandten Methodik werden die Ergebnisse der qualitativen Interviews jeweils einzeln dargestellt, ergänzt durch eine Sekundäranalyse der Hamburger Krankenhausstatistik.

In der abschließenden Diskussion wird eine inhaltliche Bilanz der Ergebnisse gezogen unter besonderer Berücksichtigung ihres Nutzens für die Entwicklung des Fragebogens. Die ersten Erfahrungen aus dem Einsatz des neuen Fragebogens werden vorgestellt und führen zu der Frage, ob gesonderte Befragungen von Kurzzeitpatienten mit einem eigenen Instrument sinnvoll

Verbraucherverbänden oder Krankenversicherungen durchgeführt werden (z.B. Stiftung Warentest 1997, DAK-Studie 1996).

³ "Entwicklung eines Standard-Instruments zur Messung von Patientenzufriedenheit von Kurzzeit-Patienten", S. Nickel und A. Trojan im Norddeutschen Forschungsverbund Public-Health (NFVPH), Institut für Medizin-Soziologie der Universität Hamburg

erscheinen. Ein Ausblick auf die gesundheitspolitischen Perspektiven, vor allem im Hinblick auf eine weitergehende Pauschalierung der Abrechnung, schließt die Arbeit ab.

Im Anhang folgen die drei Gesprächsleitfäden der qualitativen Interviews, der Pretest-Fragebogen und das überarbeitete, endgültige Instrument.

1 EINFÜHRUNG IN DIE PROBLEMATIK

1.1 Belastungen für den Patienten im Krankenhaus

Krankheit stellt für den Menschen eine Belastung dar, die je nach Schweregrad unterschiedlich stark sein Leben einschränkt. Dazu zählen nicht nur Belastungen, die mehr oder weniger unmittelbar durch die Krankheit hervorgerufen werden, wie z.B. Schmerzen, Funktionseinschränkungen, Abhängigkeit, Verlust an Lebensqualität und Angst oder Belastungen, die verursacht werden durch die erforderliche Behandlung, wie z.B. Einschränkungen und Nebenwirkungen, sondern auch Belastungen, die durch den organisatorisch- institutionellen Rahmen der Arzt-Patient-Beziehung entstehen.

Während der Patient in der ambulanten Versorgung noch eher die Möglichkeit hat hierauf Einfluß zu nehmen weil er größere Wahlmöglichkeiten und mehr Verhandlungsmacht (Behandlungsabbruch, Arztwechsel) hat, sind seine Einflußchancen im Krankenhaus strukturell begrenzt.

Im Rahmen der Erforschung der Arzt-Patient-Beziehung beschäftigt sich die Medizin-Soziologie seit den 60'er Jahren mit den besonderen Belastungen im Krankenhaus. Von Siegrist (1995) stammt der Ausdruck "institutionelle Vereinnahmungen" des stationären Patienten. Patienten, die sich zur stationären Behandlung ihrer Erkrankung in ein Krankenhaus begeben, werden mit einer Vielzahl von Belastungen konfrontiert, die vor allem aus den beiden Hauptaufgaben der Institution Krankenhaus resultieren. Das ist zum einen das Primat medizinischer Handlungsprogramme, was eine arbeitsteilig durchorganisierte Betriebsstruktur erfordert, in der Routineabläufe und Notfälle nebeneinander bewältigt werden können. Zum anderen müssen die persönlichen Versorgungsbedürfnisse sichergestellt werden, was eine Fügsamkeit des pflegebedürftigen Patienten in die vorgegebene Anstaltsordnung erfordert. Medizinisches, pflegerisches und Verwaltungspersonal ist für die Durchführung dieser Aufgaben zuständig und stellt dabei sich zum Teil widersprechende Anforderungen an den Patienten. Dieser sieht sich mit drei sowohl jeweils in sich, als auch untereinander streng hierarchisch organisierten Bereichen konfrontiert, an deren unterem Ende er sich selbst wiederfindet.

Die typischen Belastungen für den Krankenhauspatienten, die sich aus den sicher nur zum Teil unumgänglichen Organisationszwängen ergeben, sind nach Siegrist (1995) vor allem:

- ständige Erreichbarkeit, d.h. begrenzte Rückzugschancen,
- Störbarkeit zu jeder Tages- und Nachtzeit,
- Wartezeiten,
- kurzfristige Umdispositionen (z.B. Verlegungen, Entlassungen),
- Unterbrechung begonnener diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen,
- fehlende Wahlmöglichkeit des betreuenden Personals, Personalwechsel nach Dienstplan, Beschneidung des Rechts auf freie Arztwahl,
- begrenzte Einflußnahme auf Handlungsprogramme selbst unter untypischen, außergewöhnlichen Umständen.

Die Bedürfnisbefriedigung der Patienten wird an das Pflegepersonal delegiert. Dadurch kommt es zu den folgenden weiteren Belastungen:

- Definition eines kollektiven, verbindlichen Tagesablaufs,
- Standardisierung von Verfahrensweisen (Routinebildung),
- Typisierung von Personen (Patientenkategorien),
- relative Unpersönlichkeit von Beziehungsformen,
- fehlende Intimität.

Darüberhinaus sind ein beständiger Informationsmangel (unverständliche Visite, fremde Sprache), die geforderte Unterordnung in die niedrige Patientenposition in der Klinikhierarchie und das Miterleben von Krankheit und Tod weitere Belastungen für den Patienten (Potthoff 1991).

Aus medizin-psychologischer Sicht führen diese Belastungen zu psychosozialer Entwurzelung, relativer Entpersönlichung und Infantilisierung des Patienten (Scheer 1994). Er wird von seiner vertrauten Umwelt und seinen sozialen Bezügen getrennt und erfährt einen Statusverlust mit Einschränkung des Rollenrepertoires. Durch die vom Krankenhaus erwartete Annahme der Krankenrolle verstärkt sich die bereits krankheitsbedingte Regression des Patienten. Die genannten Belastungen treffen alle Patienten, die stationär im Krankenhaus behandelt werden relativ unabhängig von ihrer Erkrankung.

Allerdings haben die unterschiedlichen Autoren, die sich mit diesem Thema beschäftigt

haben dabei wahrscheinlich an den klassischen Krankenhauspatienten gedacht, dessen Aufenthaltsdauer noch in Wochen angegeben werden kann.

Belastungen für Kurzzeitpatienten im Krankenhaus

Für den Kurzzeitpatienten stellt sich die Situation etwas anders dar. Er wird in den meisten Bereichen mit den gleichen Belastungen konfrontiert, wie sein Langzeitzimmernachbar, aber teilweise sind sie spezifisch geringer, teilweise größer und teilweise ist er neuen Belastungen ausgesetzt, die durch den Charakter der Kurzzeittherapie entstehen.

Dabei muß unterschieden werden zwischen dem "integrierten Kurzzeitpatienten", dessen Behandlung im herkömmlichen Klinikablauf nur wenige Tage erfordert und dem Kurzzeitpatienten, der in einer eigens dafür vorgesehenen Einrichtung behandelt wird.

Schon bei dem Durchschnittskrankenhauspatienten kann eine "Diskrepanz zwischen der objektiven Lage und ihrer subjektiven Aneignung durch die Betroffenen" (Siegrist 1976) festgestellt werden, d.h., daß die Patienten ihre Situation im Krankenhaus weniger dramatisch darstellen als Sozialwissenschaftler, die sich mit dem Thema befaßen. Für alle Kurzzeitpatienten gilt, daß wenn ein Patient nur 2 oder 3 Tage für einen elektiven Eingriff oder eine diagnostische Maßnahme im Krankenhaus verbringt, wobei er oft Wochen vorher den Aufnahmetag kennt, er sicher noch viel häufiger die damit verbundenen Belastungen nicht als solche empfindet.

Für die Patienten, die in einer auf Kurzzeittherapie spezialisierten Behandlungseinheit aufgenommen sind macht sich darüberhinaus der wirtschaftliche Konkurrenzkampf der Krankenhäuser angenehm bemerkbar. Um möglichst attraktiv für die potentiellen Patienten zu sein, versuchen die Krankenhäuser durch Serviceverbesserungen und räumlich-strukturelle Autonomie vom Rest-Krankenhaus einen Hotel-Charakter anzunehmen. Einige der typischen Belastungen werden dadurch abgeschwächt. So gibt es z.B. weniger nächtliche Störungen, begonnene diagnostische oder therapeutische Maßnahmen müssen seltener unterbrochen werden, weil es kaum Notfälle gibt und durch die überwiegend "gesunden" Mitpatienten kommt es selten zum Miterleben von schwerer Krankheit und Tod.

Weitere Entlastung kann der Patient erfahren durch die Aufwertung seiner Rolle vom hilfsbedürftigen Bittsteller in den unteren Etagen der Krankenhaushierarchie zum umworbenen Kunden in einem Dienstleistungsunternehmen.

Aber auch verstärkte Belastungen muß der kurzzeitstationäre Patient hinnehmen z.B. durch

eine noch stärkere Standardisierung von Verfahrensweisen und einer Leistungsverdichtung und damit einhergehend größerem Stress für das Personal, was sich für die Patienten meist negativ auswirkt. Dazu kommen neue Belastungen gegenüber dem herkömmlichen Krankenhausablauf. Während Patienten bisher um ihre Entlassung kämpfen mußten, kann das Krankenhaus sie heute nicht schnell genug loswerden. Hierdurch entsteht Angst vor einer zu frühen Entlassung und möglichen Komplikationen, die zuhause auftreten können und vor allem bei älteren Patienten treten verstärkte Belastungen auf, weil sie die Nachsorge selbst organisieren müssen. Das oft geforderte Mitbringen von Vorbefunden, was mehr Besuche bei niedergelassenen Ärzten erforderlich macht wird von einem Teil der Patienten ebenfalls als Mehrbelastung empfunden.

Die Auseinandersetzung mit den Belastungen, die ein Krankenhausaufenthalt mit sich bringt ist ein altes Thema, das schon mehrere Generationen von Medizin-Soziologen beschäftigt hat. Im Moment hat es wieder Hochkonjunktur, nicht nur, aber besonders im Bereich der Kurzzeittherapie. Die Belastungen mit denen sich die Patienten konfrontiert sehen, ändern sich mit dem rasanten und tiefgreifenden Wandel, in dem sich die Krankenhausmedizin befindet. Im folgenden sollen die Änderungen im gesetzlichen Regelwerk näher beleuchtet werden, die diesen Wandel herbeigeführt haben und der Versuch unternommen werden, sie einzuordnen in die Gesamtheit der gesundheitspolitischen Maßnahmen, die in den letzten Jahren getroffen worden sind, mit dem erklärten Ziel, das Gesundheitswesen zu reformieren.

1.2 Versuch eines gesundheitspolitischen Überblicks

Bevor die speziell das Krankenhaus betreffenden Maßnahmen der Gesundheitspolitik der letzten Jahre und ihre Auswirkungen auf einzelne Bereiche näher untersucht werden, soll hier eine Bestandsaufnahme der momentanen Befindlichkeit des deutschen Gesundheitswesens vorangestellt werden. Aufgrund der Komplexität des Themas und des beschränkten Raumes, kann dies hier allerdings nur in verkürzter Form geschehen.

"Wir haben wohl das beste Gesundheitssystem der Welt." sagte Frank Ulrich Montgomery, Vorsitzender des Marburger Bundes und der Hamburger Ärztekammer im Juni 1998 (Montgomery 1998). Ein System, das einer (noch) hauptsächlich gesetzlich versicherten Bevölkerung relativ freien Zugang zu einer hochtechnisierten Medizin gewährt, die im internationalen Vergleich in der Spitzengruppe liegt und ungefähr hälftig aufgeteilt ist in einen ambulanten Sektor mit überwiegend selbstständig arbeitenden in klassischen Einzel-

oder Gemeinschaftspraxen niedergelassenen Ärzten und einem stationären Sektor, der sich überwiegend in der Hand öffentlicher und freigemeinnütziger Träger befindet.

Finanziert wird dieses System vor allem durch die Sozialabgaben der unselbstständig beschäftigten Arbeitnehmer, so sie unter der Beitragsbemessungsgrenze liegen. Die Kosten für das System betragen seit 1975 bis Mitte der 90'er Jahre unverändert um 9% des Bruttoinlandsproduktes. Erst in der jüngsten Zeit erhöhte sich die Gesundheitsquote auf 10.5%⁴ (Tab.1).

Tab. 1: Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich

Ausgaben für das Gesundheitswesen			
	<i>Pro Kopf in US-\$¹</i>	<i>Anteil am BIP (in %)</i>	<i>Mittleres Wachstum² (in %)</i>
USA	3898	14,0	2,0
Schweiz	2499	10,2	2,3
Deutschland	2278	10,5	6,3
Kanada	2065	9,6	1,3
Frankreich	1983	9,7	2,7
Norwegen	1928	7,9	2,3
Dänemark	1802	8,0	2,6
Australien	1775	8,5	4,0
Niederlande	1766	8,6	2,5
Österreich	1748	8,0	1,0
Belgien	1708	7,8	-0,1
Japan	1677	7,2	4,2
Schweden	1675	8,6	-0,3
Italien	1584	7,8	1,3
Finnland	1380	7,4	-2,7
Großbritannien	1317	6,9	2,5
Spanien	1115	7,4	2,7
Portugal	1071	8,3	4,8
Griechenland	888	6,8	6,9
Türkei	232	3,8	-
¹ Im Jahre 1996, real und kaufkraftgewichtet; ² Durchschnitt der Jahre 1990-1996. Quelle: OECD Health Data 1998			

Gesundheitspolitik ohne Ziel

⁴ Dabei ist zu berücksichtigen, daß der Anstieg der Gesundheitsquote auch durch ein rückläufiges Wirtschaftswachstum bedingt sein kann. Außerdem ist nur schwer abzuschätzen, inwieweit die von der oecd vor kurzem geänderten Kriterien bei der Datenerfassung einen Einfluß auf die Zahlen haben (Kühn 1999).

Gesundheitspolitik in Deutschland ist ein zartes Pflänzchen um es einmal blumig auszudrücken. Sie droht seit jeher neben Finanz- und Wirtschaftspolitik zu ersticken. Es existieren in Deutschland keine expliziten Gesundheitsziele. Anders als z.B. in den Niederlanden und den skandinavischen Ländern hat hier nach der Verabschiedung des "Health for all by the year 2000" Programms der WHO im Jahr 1977 und den nachfolgenden Konkretisierungen auf regionaler Ebene keine nationale politische Adaptation stattgefunden. Auch die Tatsache, daß in der Deutschen Demokratischen Republik grundsätzliche Gesundheitsziele in Artikel 35 der Verfassung verankert waren und die SED im Ausbau von Gesundheits- und Sozialwesen eines ihrer innenpolitischen Hauptaufgabenfelder sah hat sich nach der Wiedervereinigung (wie die meisten anderen "Errungenschaften" der DDR) nicht in der Politik niedergeschlagen (Deppe 1993). Der föderale Aufbau der Bundesrepublik der die Gesundheitspolitik vorrangig in den Aufgabenbereich der Länder delegiert⁵ und der deutsche Korporatismus mit ausgedehnten Mitspracherechten und starken sich teilweise widersprechenden Eigeninteressen der einzelnen Verbände erschwert zusätzlich die Formulierung nationalstaatlicher Gesundheitsziele.

Ohne klar definierte Ziele muß Gesundheitspolitik aber Stückwerk bleiben und ist chancenlos gegenüber einer Übermacht ökonomischer Imperative. Auch die Einrichtung der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen 1976 und des Sachverständigenrates 1985 hat an dieser ungleichen Kräfteverteilung nichts geändert. Während es Ende der 70´er und Anfang der 80´er noch gezielte gesundheitspolitische Reformdiskussionen gab, erschlug danach die Mär von der Kostenexplosion jegliche inhaltliche Auseinandersetzung. Es etablierte sich eine Politik des "muddling through", die sich von einem Kostendämpfungsgesetz zum nächsten hangelte.

Kostenexplosion

Von Heiner Geißler 1975 initiiert⁶, dominierte die Kostenexplosionsdebatte die Gesundheitspolitik bis in die jüngste Zeit, obwohl sie längst wissenschaftlich überholt und als rhetorisches Instrument zur Durchsetzung bestimmter wirtschaftspolitischer Ziele enttarnt ist. Und das, obwohl die Gesundheitsquote bis Anfang der 90´er gleichbleibend bei 9% lag und auch in den letzten Jahren nur ein mäßiger Anstieg zu verzeichnen ist. Stetig erhöht haben sich allerdings die Beitragssätze der GKV, die zum Ausgleich der immer größer werdenden Defizite benötigt wurden.

⁵ Nordrheinwestfalen hat allerdings bisher als einziges Bundesland durch die Landesgesundheitskonferenz 1995 ein an der WHO orientiertes Programm mit expliziten Gesundheitszielen verabschiedete (MAGS 1995).

⁶ Anlaß war der damalige Anstieg der Gesundheitsquote von 6.5 auf 8.5%, der aus einer gesetzlich beschlossenen Ausweitung der GKV-Leistungen resultierte (Erweiterung des Versichertenkreise durch das Krankenversicherungsgesetz für Landwirte, Einführung von Prävention u.a.).

Inzwischen gilt es als gesundheitspolitischer Allgemeinplatz, daß die negativen Bilanzen der gesetzlichen Krankenversicherungen nicht steil angestiegener Ausgaben, sondern hauptsächlich zurückgehenden Einnahmen geschuldet sind (z.B. Kühn 1995). Grund dafür ist zum einen die Kopplung der Einnahmen an die Lohnquote und zum anderen eine Haushaltspolitik der "Verschiebebahnhöfe" der damaligen Bundesregierung.

- Die Lohnquote, d.h. der Anteil des Einkommens aus abhängiger Arbeit am gesamten Bruttosozialprodukt ist aufgrund einer unternehmerfreundlichen Finanz- und Wirtschaftspolitik von 76% Anfang der 80'er Jahre auf 70% Mitte der 90'er gesunken, während sich das gesamtwirtschaftliche Einkommen aus Unternehmertätigkeit und Vermögen im gleichen Zeitraum mehr als verdoppelt hat.

Ebenso fast verdreifacht hat sich in dieser Zeit die Zahl der Erwerbslosen. "Während der GKV-Anteil am Bruttosozialprodukt unverändert ist, ist der Anteil der Löhne und Gehälter gesunken. Wären also in den achtziger Jahren bis heute Beschäftigung und Lohnquote konstant geblieben, so würde der heutige Beitragssatz exakt dem des Jahres 1980 entsprechen." (Kühn 1995). Einziger Ausweg für die GKV um das Schrumpfen ihrer Finanzierungsgrundlage zu kompensieren ist die Erhöhung der, an der Lohnquote orientierten Beiträge.

- Die "Politik der Verschiebebahnhöfe" benennt die Tatsache, daß Haushaltslöcher in anderen Bereichen der Sozialversicherung auf Kosten der GKV gestopft werden. "Unter den zahlreichen Belastungsverschiebungen zur GKV war in der jüngsten Zeit die Kürzung der Beitragsüberweisungen der Bundesanstalt für Arbeit an die GKV um 20% ab dem 1.1.1995 die bedeutendste und trug mit 5 Mrd. DM zu dem GKV-Defizit in Höhe von 7 Mrd DM im Jahr 1995 bei." (Simon 1997.2). Die Konsolidierung von Arbeitslosen- und Rentenversicherung und somit des Bundeshaushalts durch "versicherungs Fremde Leistungen" hat also ebenfalls erheblichen Anteil an der Einnahmekenürzung der gesetzlichen Krankenversicherung. Diese Politik wird auch nach dem Regierungswechsel von der rot-grünen Bundesregierung fortgesetzt. Im Zuge der Einsparmaßnahmen, die Finanzminister Eichel angeordnet hat, wurden im Juni 1999 Pläne bekannt, die Zahlungen der Arbeitslosenversicherung an Kranken- Renten und Pflegeversicherung um weitere 4 Mrd. DM zu kürzen (Spiegel 7.6.1999).

Trotzdem Kostenexplosion

Wenn man diese Zusammenhänge verneint oder sie zumindest nicht in der öffentlichen Debatte thematisiert und somit auf einem Ausgabenproblem beharrt, müssen andere Gründe angeführt werden, die dieses verursachen. Die wichtigsten Argumente, die zur Erklärung der sogenannten Kostenexplosion der GKV-Ausgaben angeführt werden und einige Gegenargumente sollen im folgenden kurz tabellarisch dargestellt werden. Auf einige Argumente wird im weiteren noch näher eingegangen.

Tab. 2: Angenommene Gründe für eine Kostenexplosion im Gesundheitswesen und Gegenargumente

Kostenexplosion	Gegenargument
<p>Die Änderung des demographischen Aufbaus der Bevölkerung wird zum sozialen Sprengsatz. Abnehmende jüngere Altersgruppen stehen zunehmenden älteren Altersgruppen gegenüber, die sowieso schon höhere Gesundheitsausgaben verursachen-die Pro-Kopf Ausgaben für über 65jährige sind etwa doppelt so hoch, wie für die Gruppe der 45- bis 65jährigen.</p>	<p>Untersuchungen aus den 80´er Jahren zeigen, daß die Inanspruchnahme nur ca. 0.2% und die Ausgaben weniger als 0.5% pro Jahr demographiebedingt steigen. Die Schätzung des SVR lag 1994 bei 0.5-0.6%⁷. Ab dem Alter von 80 Jahren gibt es wieder eine Reduktion der medizinischen Kosten und in den meisten Prognosen wird eine sehr niedrige Immigrationsbewegung angenommen, die bei einer Erhöhung und Integration der Menschen zu einem deutlich jüngeren Bevölkerungsaufbau führen würde.</p>
<p>Medizinischer Fortschritt, bzw. die Einführung neuer meist teurerer medizinisch-technischer Verfahren verursachen unausweichlich eine Kostensteigerung, wenn sie für alle Patienten zugänglich sind.</p>	<p>Nicht die neuen Verfahren an sich lassen die Kosten ansteigen, sondern ihr ungeprüfter, nicht standardisierter und zumeist auch individuell nicht hinreichend reflektierter Einsatz <u>zusätzlich</u> zu herkömmlichen Technologien (z.B. aufwendige Massendiagnostik der Osteoporose bei Frauen, ohne Existenz einer wirksamen Therapie oder der Amortisierungszwang neu gekaufter Großgeräte)</p>

⁷ Behrens et al. 1983; MAGFS Baden-Württemberg 1987; SVR 1994

<p>Die im internationalen Vergleich überdurchschnittlich hohe Verweildauer in deutschen Krankenhäusern ist ein kostenentscheidender Faktor.</p>	<p>Eine Verkürzung der Liegezeit bringt keinen Nettogewinn im Gesamtsystem, sie hat eine Arbeitsintensivierung zur Folge und eine Kostenverschiebung in den ambulanten Bereich und die Laienversorgung</p>
<p>Deutsche Krankenhäuser arbeiten strukturell unwirtschaftlich. Ordnungspolitik behindert flexiblere Wege im ganzen System und die Ausbreitung von marktwirtschaftlichen Strukturen. Deregulationspolitik und Ausweitung von Markt und Wettbewerb führt zu Einsparungen.</p>	<p>Mehr Marktwirtschaft bedeutet höhere Kosten durch mehr Kontrolle und Bürokratie. Jede Ausweitung des Angebots wird angenommen, weil die Nachfrage anders als auf dem freien Markt im Gesundheitswesen grenzenlos ist. Der Kampf um Wettbewerbsvorteile führt zu einer Qualitätsverschlechterung der Leistungsanbieter und über Mitgliederselektion der Kassen zur Unterversorgung eines Bevölkerungsteils. Das Beispiel USA zeigt, daß Deregulation das Gegenteil von dem bewirkt, was es vorgibt (siehe Seite 18).</p>
<p>Der Patient selbst ist der beste Kontrolleur des Gesundheitswesens. Mehr Transparenz durch Einführung des Kostenerstattungssystems der privaten Kassen und erhöhter Eigenbeteiligung der Patienten führt zu Kostensensitivität und verantwortlicher Nachfrage.</p>	<p>Laut Sachverständigenrat 1987 entfallen auf 10% der Versicherten 80-100% der Kosten (SVR 1987). Man geht davon aus, daß es sich hierbei vor allem um ernsthaft und chronisch Kranke handelt, bei denen diese Mechanismen nicht greifen und ethisch nicht vertretbar sind. Hauptwirkung der Selbstbeteiligung ist die Erhöhung der Nichtinanspruchnahme medizinischer Leistungen. Auch hier sei wieder auf das Ergebnis in den USA verwiesen, wo diese Forderungen weitgehend umgesetzt sind (Eigenbeteiligung von 22% der Ausgaben).</p>

(vgl. u.a. Schwartz/Busse 1994, Deppe 1997)

Bangen um den Standort Deutschland

Die Tatsache, daß durch die derzeitige Beschäftigungssituation eine geringere Anzahl Erwerbstätiger höhere Beitragszahlungen leisten muß, betrachtete die letzte Bundesregierung als nachgeordnetes Problem. Das eigentliche Problem der Kostenexplosion, das die Debatte Mitte der 90´er beherrschte, war die damit verbundene Steigerung der Lohnnebenkosten, die wiederum zu einer dramatischen Erhöhung der Produktionskosten und damit zu einer umfangreichen Abwanderung deutscher Industriebetriebe ins günstigere Produktionsbedingungen bietende

Ausland führen sollte. Diesem düsteren Bild vom Notstand der deutschen Wirtschaft und dadurch einer weiteren Zunahme der Arbeitslosigkeit standen bei näherer Betrachtung im internationalen Vergleich erstaunlich gute Produktionsbedingungen gegenüber. Die Gesamtabgabenquote der Unternehmen ist seit 1979 kontinuierlich gesunken und die Lohnstückkosten, als einziger relevanter Vergleichsparameter liegen im Mittel der westlichen Industriestaaten (Kühn 1997.2). Sogar der damalige Wirtschaftsminister, ein Hauptprotagonist der neoliberalen Wirtschaftspolitik und tonangebend im Bangen um den Wirtschaftsstandort, sieht das ein. "Nach Einschätzung von Rexrodt ist das Deutschlandbild, das die amerikanischen Medien zeichnen, teilweise schief, das gelte insbesondere hinsichtlich der Standortfrage. So werde beim Vergleich von Produktionsstandorten oft einseitig auf die hohen Löhne und Lohnnebenkosten in Deutschland abgehoben. Sachlich angemessen wäre aber, die unterschiedlichen Produktivitäten zu vergleichen." Wobei Deutschland aufgrund des hohen Ausbildungsstandes gut abschneidet, meint er in der FAZ vom 30. April 1997. Unabhängige Experten weisen darüberhinaus darauf hin, daß die Erhöhung der Lohnnebenkosten durch Anhebung der Krankenkassenbeiträge im Verhältnis nur eine marginale Erhöhung der gesamten Produktionskosten bedeuten. (vgl. Kühn ebd.).

Es drängt sich der Gedanke auf, die Standort- wie auch die Kostenexplosionsdebatte seien öffentliche Scheingefechte um ein günstiges Klima für die Durchsetzung neoliberaler Wirtschaftspolitik zu erzeugen, die vorgibt, die gesellschaftlichen Probleme unserer Zeit, allen voran die Arbeitslosigkeit durch mehr Markt, Wachstum und Wettbewerb lösen zu können. Auch das Gesundheitswesen soll so kostengünstiger und effizienter gestaltet werden. Das dadurch genau das Gegenteil bewirkt wird, zeigt ein kurzer Blick in die USA, dem Paradebeispiel der Gegner dieser Politik, wo in der Reagan-Ära konsequent Tür und Tor für Wettbewerb und Markt geöffnet wurden mit der Vision, daß jeder Haushalt sich auf private Kosten seine eigene Versicherung kauft und nur wenn es garnicht anders geht Steuererleichterungen dafür gewährt werden (Schwartz/Busse 1994).

USA, der große kranke Bruder

Im teuersten Gesundheitssystem der Welt (siehe Tab.1, Seite 13), daß zugleich das mit Abstand am stärksten privatwirtschaftlich durchorganisierte ist und die höchste Eigenbeteiligung der Versicherten aufweist, sind 18% der Menschen (40 Mio) nicht versichert und weitere 18% unterversichert (Kühn 1997.1). Neben den beiden staatlichen Versicherungen Medicare (für über 64jährige) und Medicaid (Sozialhilfe für medizinische Versorgung) überwiegen eine Vielzahl

privater Zusatz-, Teil- oder Vollversicherungen. Diese gewinnorientierten Unternehmen müssen für möglichst wenig Geld die Versorgung von möglichst vielen Mitgliedern sicherstellen. Dabei kaufen sie die medizinische Leistung beim billigsten Anbieter ein, wobei ein stetig wachsender Anteil aus Health Maintenance Organisations besteht, die nach den Prinzipien des managed care arbeiten und die komplette medizinische Versorgung aus einer Hand bereithalten (eigene Ärzte, Krankenhäuser, medizinischer Einkauf usw.). Zur Kostenminimierung werden die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen der Ärzte nach betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten mit einem gewaltigen EDV-Apparat streng überwacht bzw. sind bei der Verwaltung der Versicherung nach je Versicherung unterschiedlichen Kriterien genehmigungspflichtig⁸. Das hat unter anderem zu einer erheblichen Bürokratisierung des Systems geführt. Der Anteil des Verwaltungspersonals im amerikanischen Gesundheitswesens hat zwischen 1968 und 1993 von 18.1% auf 27.1% zugenommen, der Anteil der Verwaltungsausgaben an den Kosten liegt bei 24% gegenüber 13% im deutschen Gesundheitssystem (Woolhandler & Himmelstein 1991, Schwartz & Busse 1994). Dadurch ändert sich auch die ärztliche Tätigkeit, wovon in Deutschland bereits mehr als ein Vorgeschmack zu spüren ist: die amerikanischen Ärzte sind im Vergleich "die am meisten mit Prozessen überhäufteten, begutachteten und mit Papierarbeit überfrachteten Ärzte in den westlichen Industrieländern." (Lee & Etheridge 1989, Kühn 1997.1).

Die Verhaltenssteuerung und Sanktionierung der Ärzte indirekt über monetäre Anreize und direkt über das "Utilization management"⁹ durch ihre Arbeitgeber oder Vertragspartner stellt einen empfindlichen Eingriff in die Arzt-Patient Beziehung dar. Das soziale Vertrauen in die Chance, im Bedarfsfall einen loyalen Arzt zu finden ist dadurch als "öffentliches Gut" gefährdet (Kühn 1997.1). Die Vormachstellung einer technischen Medizin wird zementiert, eine sprechende Medizin hat es unter einem harten betriebswirtschaftlichen Regiment noch schwerer als bisher sich durchzusetzen.

Auch wenn nur die wichtigsten Probleme dieses Wettbewerbsystems hier angerissen werden konnten, müssen die Maßnahmen zur "Reform" des deutschen Gesundheitswesens vor diesem Hintergrund betrachtet werden.

⁸ Die Mayo- Klinik z.B. beschäftigt allein 70 Vollzeitarbeitskräfte, die mit 2400 Versicherungen und Managed Care Organisationen telefonieren, die jeweils eigene Standards haben. Im Durchschnitt macht jeder einzelne täglich 500 Anrufe, wovon es in etwa 200 Fällen um die Erlaubnis für Eingriffe geht und ansonsten wird über den Behandlungs- und Heilungsfortgang einzelner stationärer Patienten gesprochen (Kühn 1997.1)

⁹ UM ist der Begriff für die rein ökonomische Überwachung der ärztlichen Arbeit, eine sehr teure und wenig effiziente Wachstumsbranche. "Es gibt Firmen, die Krankenhausrechnungen für die Versicherungsgesellschaften prüfen und andere, die den Krankenhäusern beim Ausfüllen der Formulare helfen, damit sie ihr Geld von den Versicherungen erhalten. (Relman zit. n. Kühn 1997.1)

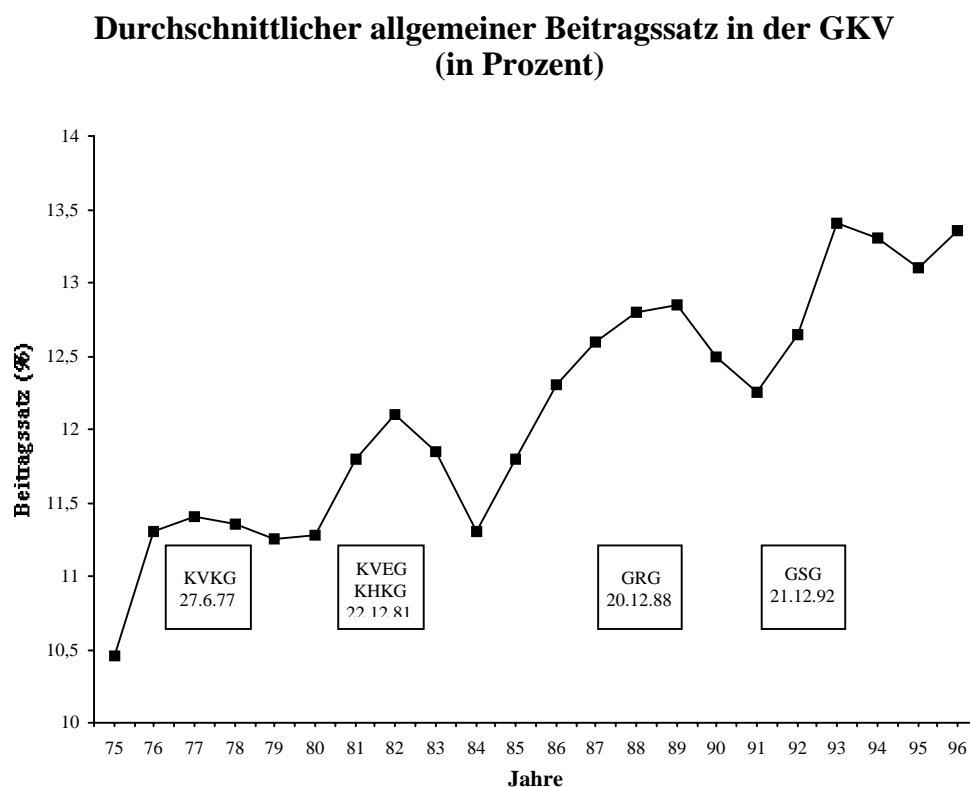
Reformen

Wenn man sich die politische Debatte seit Mitte der 80´er anschaut kann man den Eindruck bekommen, das deutsche Gesundheitswesen befände sich in einer immerwährenden Reform. Eine Reform, die sowenig diesen Namen verdient, daß die Juroren des Instituts für Deutsche Sprache und Literatur der Johann-Wolfgang-von-Goethe-Universität in Frankfurt das Wort "Gesundheitsreform" zu einem der "Unworte" 1996 wählten mit der Begründung, hier werde eine von ihrer Grundbedeutung her positive Bezeichnung in ihr Gegenteil verkehrt (Hamb. Ärztebl. 5/97).

Reformiert wurde bis heute wenig, aber es wurden eine unüberschaubare Anzahl an Verordnungen und Gesetzen erlassen, die zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen beitragen sollten. Seit dem Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz im Jahr 1977 im Gefolge der ersten Rezession der Nachkriegszeit verlief die Intensität der ökonomisch dominierten gesundheitspolitischen Diskussion parallel zur wirtschaftlichen Konjunkturkurve. Dies geschieht vor dem Szenario des weltweiten Vormarsches von Markt und Wettbewerb und dem damit einhergehenden Abbau von Sozialstaatlichkeit. "Wir müssen 100 Jahre Sozialversicherung überwinden.", wie es Jürgen Möllemann unnachahmlich formuliert (zit. n. Schäferkordt 1997).

Allen Dämpfungsgesetzen gemeinsam war, "daß sie im allgemeinen nur vorübergehend in der Lage waren, den Ausgabenanstieg in der GKV zu begrenzen und den Anstieg der Beitragssätze zu bremsen.", so Bundesminister Seehofer (BMG 1997), (siehe Abb. 1). Trotzdem wurde unter seiner Federführung nach dem Gesundheitsreformgesetz (1989, "Blüm-Gesetz") und dem Gesundheitsstrukturgesetz (1993) auch noch die dritte Stufe der Reform (1996/97) verabschiedet, ohne daß damit eine Verbesserung im Sinne einer wirklichen Reform eingetreten wäre. Die Kontinuität der Erfolglosigkeit ergibt sich trotz einer grundlegenden Änderung der Instrumente im Rahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes. Dabei wurde in der Reform 1993 erstmalig auch der Versuch unternommen tatsächliche strukturelle Änderungen durchzusetzen, was sich hauptsächlich in einem Beginn der Organisationsreform der Gesetzlichen Krankenversicherungen und der Neuregelung des Krankenhaus-Vergütungssystems niederschlug. Beides geschah unter der ungeprüften Annahme, daß durch mehr Wettbewerb im System Kosten gespart werden könnten. Deutlich wurde dabei die erhebliche Autonomiebeschränkung der Politik durch die Einflußnahme der verschiedenen Interessensverbände des korporatistisch gegliederten Gesundheitswesens, z.B. durch Rücknahme der Positivliste (5. SGB V-Änderungsgesetz) und der Großgeräteplanung (2. NOG) aufgrund des Drucks von Pharmaindustrie und Ärzteverbänden.

Abb. 2: Entwicklung des Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung



Quelle: SVRKAiG 1994, Bundesarbeitsblatt, sozialpolitische Rundschau, nach Rosenbrock 1999

Instrumente

Der Hauptteil der finanziellen Einsparungen zur Deckung der Kassendefizite geht durch Leistungsausgrenzung und Erhöhung der Zuzahlungen auf Kosten der Patienten, die in diesem korporatistischen System keine nennenswerte Mitsprache haben. Allein die Patientenzuzahlungen erhöhten sich von jährlich 3 Mrd. DM in der Periode 1977-82 auf 11 Mrd DM im Jahr 1991 (Editorial JKM 1997). Mit dem Ziel kurzfristiger Einsparungen im Gesamtsystem und somit einer Deckung von Krankenkassenausgaben und Grundlohnsumme sind Budgetierungen der Ausgaben das andere wichtige Instrument, das aber bisher im ganzen betrachtet wirkungslos blieb aufgrund des heftigen Widerstands der niedergelassenen Ärzte und zahlreicher Ausnahmeregelungen für die Krankenhäuser. Eine wirklich tiefgreifende Veränderung verspricht man sich allerdings von der Einführung von mehr Wettbewerb. Trotz des abschreckenden Beispiels USA wird das Gesundheitswesen den Selbstheilungskräften des Marktes anvertraut, wo einzelwirtschaftliches Kalkül oft einen gesamtwirtschaftlichen Nachteil bedeutet. Mit der Einführung der Kassenwahlfreiheit ohne ausreichenden Risikostrukturausgleich, dem ordnungspolitischen Rückzug unter dem Motto "Vorfahrt für die

Selbstverwaltung" und dem Einsatz von Preisanreizen (z.B. Fallpauschalen) sehen die Kritiker den Startschuß zur Einführung einer Zweiklassenmedizin nach amerikanischem Vorbild.

1.3 Das Krankenhaus im Wandel : Veränderte gesetzliche Rahmenbedingungen für Krankenhäuser

In keinem anderen europäischen Land gibt es eine so umfangreiche stationäre Versorgung wie in Deutschland. Es ist führend bei der Zahl der Einweisungen, hat die längsten Verweildauern und Anfang der 90´er Jahre mehr als doppelt so viele Betten pro 1000 Einwohner wie die USA (Klein-Lange 1998). Ein Drittel der GKV-Gesamtausgaben werden zu ihrer Finanzierung benötigt. Unverständlich, daß im Gesundheitsreformgesetz 1989 der Krankenhausbereich ausgeklammert blieb, obwohl er maßgeblichen Anteil am Anstieg der GKV-Ausgaben im Jahr 1984 hatte, was der Auslöser dieses neuerlichen Kostendämpfungsgesetzes war. Beginnend und am tiefgreifendsten mit dem Gesundheitsstrukturgesetz 1993 wurde dann in den folgenden Jahren um so intensiver im Krankenhausbereich eingegriffen. Die vier Hauptsäulen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes von 1972, staatliche Krankenhausplanung, duale Finanzierung, Selbstkostendeckungsprinzip und allgemeiner Pflegesatz sollen durch eine marktanaloge Steuerung mit einem wettbewerbsorientierten Preisanreizsystem ersetzt werden. Die Zeit, bis die Selbststeuerungskräfte des Marktes weitere staatliche Eingriffe überflüssig machen soll durch Ausgabenbegrenzung überbrückt werden (Schelter 1994).

Die Deckelung der Krankenhausbudgets, die Einführung eines neuen Entgeldsystems und neuer Leistungsformen stellen hierbei die drei wichtigsten Steuerungselemente dar.

Budgetdeckelung

Eigentlich nur als Notbremse zur kurzfristigen Begrenzung des Anstiegs der GKV-Ausgaben gedacht, stellt die Deckelung der Budgets, d.h. die prospektive jährliche Festschreibung der Krankenhausleistungen und -ausgaben mit einem begrenzten Zuwachs, parallel zur Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen, mittlerweile das Hauptinstrument der Reform dar. Erst nur für die Jahre 1993-1995 vorgesehen, wurde die Deckelung der Kosten und der Leistungsmenge im Stabilisierungsgesetz 1996 bis 31.12.1996 fortgesetzt, um einem drastischen Ausgabenanstieg nach Einführung des für die Leistungserbringer zu günstig

kalkulierten neuen Entgeldsystems entgegenzuwirken und im Beitragsentlastungsgesetz 1996 nochmals verlängert, verbunden mit einer pauschalen Budgetkürzung von 1 % für die Jahre 1997-1999 um die Entlastung der Krankenhäuser durch Inkrafttreten der stationären Leistungen der Pflegeversicherung am 1.7.1996 an die GKV weiterzuleiten. Durch zahlreiche Ausnahmeregelungen¹⁰, die für bestimmte Budgetbereiche die Überschreitung der Obergrenzen zuließen, blieb die Deckelung allerdings uneffektiv. Die tatsächliche Steigerung der Krankenhausbudgets lag in den Jahren 1993-1995 deutlich über dem Zuwachs der beitragspflichtigen Einnahmen (Simon 1997).

Das "Selbstkostendeckungsprinzip", der Anspruch auf leistungsgerechte Finanzierung zur Erfüllung des Versorgungsanspruchs wie er in KHG und BPflV festgeschrieben ist, wird damit de facto aufgehoben und durch eine strikte Einnahmeorientierung ersetzt (vgl. Bolles 1997). Die wirtschaftlichen Risiken werden jetzt von dem einzelnen Krankenhaus getragen. Das führt unter anderem dazu, daß sich immer mehr öffentliche Träger aus der direkten Verantwortung für ihre Krankenhäuser zurückziehen indem sie sich über eine Umwandlung der Rechtsform in eine GmbH aus der Defizithaftung zurückziehen (Simon 1997).

Neue Leistungsformen

In den Paragraphen 115 a und b des SGB V wird den Krankenhäusern mit dem GSG die Durchführung vor- und nachstationärer Behandlung und des ambulanten Operierens erlaubt. Dadurch soll eine stärkere Verzahnung von ambulantem und stationärem Sektor erfolgen. Die knappe Vergütung dieser Leistungen lassen allerdings keine rentable Nutzung dieser Leistungsformen in größerem Umfang zu, so daß sich zwar viele Krankenhäuser ihrer bedienen, aber in sehr geringem Umfang von 1-2% der Patienten (ARGE 1998).

Neues Entgeltsystem

In der Bundespflegesatzverordnung 1995 wurde ein neues Entgeldsystem beschlossen, das ab 1.1.1995 optional und seit 1.1.1996 verpflichtend von allen Krankenhäusern eingeführt werden sollte. Zur Vergütung eines ganzen Behandlungsfalls wurden für bestimmte Krankheiten Fallpauschalen eingeführt. Sonderentgelte sind für Leistungskomplexe wie z.B. Operationen

¹⁰ z.B. Ausgleichszahlungen für vorhergehende Budgetzeiträume, Mehrkosten aus der Anwendung neuer Personalbemessungsmethoden in der Krankenpflege und der Psychiatrie oder zusätzliche Betriebskosten durch Eröffnung neuer Stationen, OP-Säle etc. (Simon 1997).

oder aufwendige diagnostische Maßnahmen vorgesehen, zuzüglich eines Anteils des Abteilungspflegesatzes, der die Kosten des ärztlichen und pflegerischen Personals, der von ihnen veranlaßten Leistungen und der Sachkosten einer Abteilung abdeckt und des Basispflegesatzes, der die "Hotelkosten" trägt. Die Vergütung aller anderen Leistungen sind in Abteilungs- und Basispflegesatz enthalten. Damit die Krankenhäuser sich auf diese Änderung umstellen können, wurde für eine inzwischen bis Ende 1999 verlängerte Übergangszeit ein Erlösausgleich vereinbart, der über eine Verrechnung mit dem Abteilungspflegesatz verhindert, daß durch die Abrechnung von Fallpauschalen und Sonderentgelten Überschüsse oder Verluste entstehen. Die weitere Pflege des Katalogs dieser Pauschalbeträge wurde in die Hände von GKV und DKG gelegt.

Auswirkungen für das Krankenhaus und die Patientenversorgung

Die wirtschaftlichen Hauptrisikofaktoren für das Krankenhaus waren laut DKG die nicht durch Ausnahmeregelungen abgedeckten Bereiche Sachkosten- und Personalkostensteigerungen außerhalb der Tarifierhöhungen (DKG 1993). Unter diesen machten der medizinische Bedarf und die Überstundenvergütung im ärztlichen Dienst die größten Posten aus. Vor dem Hintergrund steigender Fallzahlen und gleichzeitiger Einsparungen beim Personal auf der einen Seite und einer sehr restriktiven Anordnung von Überstunden seitens der Chefärzte, die das Personalkostenbudget ihrer Abteilung beachten müssen, kommt es zu einer Umwandlung von vergüteten Überstunden in unbezahlte Mehrarbeit (Simon 1998). Vor allem junge Assistenzärzte haben darunter zu leiden, weil sie in einem, aufgrund von Niederlassungsbeschränkung und befristeten Arbeitsverträgen enger werdenden Arbeitsmarkt nicht wagen, gegen Vorgesetzte zu opponieren. Stellenabbau ist an der Tagesordnung¹¹, es kommt zu einer Erhöhung der Arbeitsintensität.

Auch in anderen Bereichen wird versucht Personalkosten zu sparen. Nach Küche und Reinigungsdiensten heißt das Zauberwort mit dem man einen Teil des wirtschaftlichen Risikos weitergeben kann, jetzt auch in Labor, Röntgenabteilung oder Apotheke "outsourcing". Beim medizinischen Bedarf wird ebenfalls mit outsourcing und Einkaufskooperationen reagiert, zum anderen wird stärker als bisher eine Steuerung der Mengenentwicklung des Verbrauchs angestrebt. Das geschieht vor allem auf zwei Wegen: Mittels der umfangreichen neu angeschafften EDV, die diese Reform zur Abrechnung und Kostenüberwachung erforderlich

¹¹ Aus Kostengründen haben 35.3% der Krankenhäuser vorübergehend Stellen im ärztlichen Dienst nicht besetzt, im Pflegedienst sogar jedes zweite. Einen Stellenabbau im ärztlichen Dienst bejahten 15.4% und im Pflegedienst 38.7% (ARGE 1998).

macht, wird das Anordnungsverhalten der Ärzte transparent und wie auch alle anderen von der jeweiligen Abteilung verursachten Kosten einer permanenten Prüfung unterzogen, mit der Gefahr, das die Grenzen einer noch medizinisch sinnvollen Einsparung überschritten werden. Es kommt zu einer "heimlichen Rationierung" (Blech 1998). "Die Rationierung findet im Kopf des Arztes statt, mit Blick auf das Budget." (Onkologe an den städtischen Kliniken Oldenburg, zit. n. Blech 1998). Allerdings ist die Einflußnahme auf die Patientenstruktur, den anderen kostenentscheidenden Faktor noch kritischer zu sehen. Davor warnten die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die kommunalen Spitzenverbände schon 1992, vor Umsetzung des Gesundheitsreformgesetzes unter den Schlagworten "Risikoselektion" und "Rosinenpickerei" (vgl. Simon 1998). Und in der Tat zeigt sich danach ein sprunghafter Anstieg von Verlegungen innerhalb verschiedener Krankenhäuser, wobei davon ausgegangen werden kann, daß es sich hierbei vor allem um kostenintensive "multimorbide" Patienten handelt, die als wirtschaftliche Risikoverschiebemasse, oder "Seehoferverlegung" aus Bilanzgründen verlegt oder zumindest eher verlegt werden. In Zahlen wird dies am eindrücklichsten am Beispiel der privaten Krankenhäuser unter 100 Betten (vor allem operative Belegkliniken), die die Zahl der Verlegungen in andere Krankenhäuser 1995 im Vergleich zum Vorjahr um 48.2% steigerten.¹² Aus dem gleichen Grund wird auch versucht solche Patienten erst garnicht aufzunehmen. Unlucrative Komplikationen oder Grunderkrankungen müssen somit von Kliniken der nächsthöheren Versorgungsstufe behandelt werden, die meist in öffentlicher Trägerschaft sind an und deren Ende sich die Unikliniken befinden. Auch risikoarme "gesunde" Patienten bekamen die Deckelung zu spüren, wenn sie gegen Ende des Jahres von den Krankenhäusern abgewiesen und aufs nächste Jahr vertröstet wurden oder sich in Wartelisten einschreiben mußten, aus Angst vor einer etwaigen Übererfüllung der mit den Kassen vereinbarten Mengen. Auf der anderen Seite wurde eine gewisse Minderbelegung bei garantierter Erstattung der Mindereinnahmen in Bezug zum vereinbarten Festbudget von einigen Krankenhäusern als gewinnbringende Strategie genutzt.

Auch die neuen Abrechnungsformen bergen ein nicht unerhebliches Mißbrauchspotential. Jeder Tag, den ein Patient eher nach Hause geht, als in der Pauschale vorgesehen ist Reingewinn des Krankenhauses. Mit der Ausweitung von festvergüteten Leistungen, bei gleichzeitiger enger Wirtschaftlichkeitkontrolle der entsprechenden Abteilung stehen dem Krankenhaus gute

¹² Ein anderes Beispiel ist die Tatsache, daß auch der Umfang der Verlegungen in Rehabilitationseinrichtungen zugenommen hat. Von den für die "Begleitforschung zu den Auswirkungen der neuen Krankenhausfinanzierung" befragten Krankenhäusern haben im Vergleich zum Vorjahr 11.1% mehr angegeben, Patienten in Rehaeinrichtungen verlegt zu haben und 22.4% haben dies früher getan (ARGE 1998).

Gewinnmöglichkeiten offen¹³. Mittlerweile werden rund 25 % der Krankenhausfälle über Fallpauschalen und Sonderentgelte abgerechnet (ARGE 1998). Allerdings birgt dieser Anreiz zur Verweildauerverkürzung und Fallzahlausweitung die Gefahr einer zu frühen Entlassung und der Indikationsausweitung und auch hier wieder einer Bevorzugung junger und "gesunder" Patienten. Darüberhinaus bringen neue Abrechnungsformen auch neue Verwaltungstricks mit sich. Eine halbtägige Entlassung macht aus einem Fallpauschalenpatienten zwei, genauso, wie man zusätzlich zur Fallpauschale noch die Behandlung einer internistischen Grunderkrankung abrechnen kann, wenn man sie als Ursache einer internen Verlegung nach durchgeführter Pauschalleistung angibt (Heidenheim 1997).

Mit den beschriebenen wettbewerbsorientierten Neuerungen ist zu befürchten, daß sich die Marktgerechtigkeit gegen eine Bedarfsgerechtigkeit durchsetzt. Unrentable Abteilungen und Krankenhäuser (vor allem solche, die eine umfassende innere Medizin anbieten) werden geschlossen und eine zunehmende Spezialisierung auf gewinnbringende Bereiche findet statt. Die Krankenhausplanung wird so zur Makulatur.

Gesundheitsreform 2000

Nach dem Regierungswechsel 1998 wollte die rot-grüne Bundesregierung unter der Führung der grünen Gesundheitsministerin Fischer neue Akzente in der Gesundheitspolitik setzen. Aber auch die ambitionierte Ministerin Fischer sah sich mit einem gewaltigen Widerstand der beteiligten Interessensverbände konfrontiert. Wie schon in den Jahren zuvor musste auch der Gesundheitsreformenentwurf für das Jahr 2000 unter dem massiven Druck vor allem der Wirtschafts- und Ärzteverbände deutlich verschlankt werden¹⁴. Ausserdem zwangen die gegenläufigen politischen Mehrheiten in Bundestag und Bundesrat die rot-grüne Regierung zur Verabschiedung eines zustimmungsfreien Gesetzes.

Bereits Ende des Jahres wurde das "Vorschaltgesetz" verabschiedet, in dem eine Reihe von Einzelgesetzen zurückgenommen wurden, die von der alten Regierung verabschiedet worden waren. Darunter war z.B. die Streichung des Zahnersatzes für nach 1978 geborene Kinder und

¹³ Das kann dann z.B. dazu führen, daß Patienten, die für elektive Eingriffe einbestellt werden dringend aufgefordert werden, ihre eigenen Medikamente mitzubringen, so ein namentlich nicht genannter Chirurg und ein HNO-Arzt in der Berliner Ärztezeitung vom August 1997.

¹⁴ Die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg hat z.B. eine Unterschriftenaktion in den Praxen durchgeführt unter dem Motto "Kassenärzte lehnen Gesetzentwurf in toto ab" (KVH-Telegramm Nr.73 vom 2.6.1999) und die Bundesärztekammer hat mit einem Millionenetat eine Kampagne gestartet, die bei Festhalten an dem jetzigen Entwurf den Zusammenbruch des Gesundheitssystems suggeriert. Die öffentlich-rechtlichen Fernsehanstalten haben die Ausstrahlung des Spots wegen seines aufhetzenden Charakters abgelehnt.

die Abschaffung des Krankenhausnotopfers. Ausserdem wurden Zuzahlungen für Arzneimittel gesenkt bzw. eine Zuzahlungsbefreiung für chronisch kranke Patienten beschlossen.

Am 1. Januar 2001 trat dann die Gesundheitsreform 2000 in Kraft. Dabei fällt eine Änderung der politischen Zielsetzung auf. Die Gesundheitspolitik der alten Regierung war vor allem von der Standortretorik und der für die Wirtschaft angeblich überlebensnotwendigen Lohnnebenkostensenkung dominiert. Mit der Behauptung ein finanzielles Wachstum des Gesundheitswesens sei durch gesellschaftliche und medizinimmanente Gründe vorgegeben wurde mehr Geld für das System aquiriert. Dies geschah vor allem durch drastische Erhöhung der Zuzahlungen der Patienten bei gleichzeitiger Entlastung der Arbeitgeber.

Gemessen an dieser Ausgangslage stellt das jetzige Reformprogramm zumindest partiell eine echte Kehrtwende dar. Das neue Leitbild lautet:

"Die von Kapital und Arbeit paritätisch finanzierte (und unter staatlicher Aufsicht verantwortete) Gesetzliche Krankenversicherung soll auf Basis des Solidar- und des Sachleistungsprinzips eine die Selbstbestimmungsansprüche der Versicherten und PatientInnen achtende, qualitativ hochwertige, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung gewährleisten und dabei durch effizienten Ressourceneinsatz die Beitragssätze dauerhaft stabil halten." (Rosenbrock 1999).

Dazu wird die Rolle der Krankenkassen gestärkt. Während bisher nur die Verbände Verhandlungspartner waren, sollen die Kassen jetzt Verträge mit einzelnen Leistungsanbietern schliessen und auflösen können. Zuletzt ganz gestrichene Maßnahmen zur Prävention kehren wieder zurück in die Leistungskataloge. Der geplante Einstieg in die monistische Finanzierung der Krankenhäuser über die GKV musste allerdings den Mehrheitsverhältnissen in der Länderkammer geopfert werden, genau wie das geplante Globalbudget oder die Wiedereinführung der Grossgeräteplanung.

Längst überfällig, aber bisher immer wieder am Lobbywiderstand gescheitert war die Einführung einer Positivliste für Arzneimittel. Entgegen den Wünschen des Gesetzgebers verstehen es die Interessensverbände aber auch 1 1/2 Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes weiterhin die Fertigstellung der Positivliste hinauszuzögern. Neu und begrüßenswert ist ausserdem eine Bindung der Zulassung neuer medizinischer Technologien an eine gesundheitswissenschaftlich fundierte Technikfolgenabschätzung.

Kernstück der Reform ist der Versuch, die Zusammenarbeit im Gesundheitswesen zu verbessern, damit der Patient "zur richtigen Zeit, beim richtigen Arzt, die richtige Behandlung nach dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens" bekommt¹⁵. Dazu soll zum einen die integrierte Versorgung vorangetrieben werden. Hier setzt die Regierung v.a. auf den erweiterten Spielraum der KK, der über die frei ausgehandelten Verträge mit Zusammenschlüssen von

¹⁵ vgl. "GKV-Gesundheitsreform 2000" Drucksache 14/1245 des Bundestags 23.6.1999

Leistungsanbietern zu einer besseren Verzahnung von ambulantem und stationärem Sektor führen soll. Der Versuch bleibt allerdings halbherzig, weil keine gesundheitspolitische Strukturentscheidung in der Kernfrage – Gesundheitszentrum/Poliklinik oder dezentrale fachärztliche Versorgung - gefällt wird.

Zum anderen wird die hausärztliche Versorgung gestärkt. Der Hausarzt soll wieder zentrale Anlaufstelle für den Patienten werden und als "Lotse" koordinieren, organisieren und dokumentieren. Die finanzielle Grundlage der Hausarztmedizin wird verbessert und die Versicherten sollen über ein Bonussystem stärker an ihren Hausarzt angebunden werden.

Inwieweit sich die Politik diesmal gegen die Interessensverbände durchsetzen kann und ob die Ausgestaltung der Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern tatsächlich im Sinne des oben genannten Leitbildes geschieht, bleibt fraglich. Sehr wahrscheinlich ist es aber, daß der Druck auf den einzelnen Leistungsanbieter noch wachsen wird mit der Gefahr einer Qualitätsverschlechterung der medizinischen Leistung. Die Frage nach den Auswirkungen für die Patienten wird dadurch auch unter einer rot-grünen Gesundheitspolitik immer wichtiger.

1.4 Die Patientenrolle im Wandel

"Das Zeitalter des Patienten hat begonnen."

Auch wenn es sehr optimistisch klingt, was das Journal der American Medical Association bereits vor fünf Jahren schrieb (zitiert nach Ruprecht 1998), hat sich die Rolle des Patienten in den vergangenen Jahren unbestreitbar geändert. " Der Patient, dessen Rolle klassischerweise als Gegenüber der Arztrolle konzipiert wurde, wird teils in neue Rollen gedrängt, teilweise beansprucht er diese aus einem neuen Selbstverständnis heraus." (Trojan 1998). Vor dem Hintergrund des erheblich gewachsenen Reformdrucks im Gesundheitswesen sind alte Strukturen, Finanzierungsmodi und Berufsrollen in Bewegung gekommen. Gerade mit den Bemühungen um Qualitätsverbesserung und umfassendes Qualitätsmanagement wird die Rolle des Patienten im Gesundheitswesen wieder verstärkt diskutiert¹⁶. Um diese Diskussion und der ihr zugrundeliegende Wandel des Gesundheitswesens und seines Rollengefüges besser einordnen zu können soll im folgenden die heutige Situation in Anlehnung an die bereits zitierte Arbeit von

¹⁶ z.B. die zweite Tagung des Hamburger Workshops "Qualität im Gesundheitswesen" der Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales vom 6. bis 7.6.1997 unter dem Motto "Experten fragen, Patienten antworten. Patientenzentrierte Evaluation von Gesundheitsdienstleistungen - Konzepte, Methoden, praktische Beispiele" oder die erste internationale Tagung über "Patientenrechte und Patientenunterstützung in Europa" der Verbraucherzentrale Hamburg im Mai 1997, wo das Thema der Rolle des Patienten in der Qualitätssicherung ebenfalls intensiv diskutiert wurde.

A.Trojan in größere historische Entwicklungszusammenhänge der Arzt- Patient-Beziehung eingeordnet werden.

Unter der grundlegenden Annahme, das Patienten- und Arztrolle komplementär zueinander sind und sehr eng miteinander verknüpft sind, muß sich die eine ändern, wenn es die andere tut. Die wechselseitige Beeinflussung dieser beiden Rollen bedingt auch, daß je nach dem Hauptakzent in diesen beiden Rollen sich die vorrangige Thematisierungsweise der Arzt-Patient-Beziehung ändert. Dies geschieht im Rahmen verschiedener Konzeptionierungen des Gesundheitswesens. Konzeptionierung heißt dabei, daß jeweils ein anderer Aspekt des Gesundheitswesens als der "wesentliche" betont wird. Die Veränderung der Konzeptionierung des Gesundheitswesens läßt sich unter anderem auch daran erkennen, wie die Arzt-Patient-Beziehung gesundheitspolitisch wahrgenommen und thematisiert wird.

In der folgenden Übersicht hat Trojan die Entwicklung der vergangenen Jahrzehnte in vier Phasen dargestellt. Diese lassen sich allerdings nicht klar voneinander abgrenzen. Trotz des rapiden Wandels im Gesundheitswesen lassen sich auch in der aktuellen Phase Elemente aller vorangegangenen feststellen.

Tab. 3: Aspekte der Arzt-Patient-Beziehung im Kontext verschiedener Konzeptionen des Gesundheitswesens

Konzeption des Gesundheitswesens	Aspekte der Patienten-Rolle	Aspekte der komplementäre n Arzt-Rolle	Interaktionszeichen der Arzt-Patient-Beziehung	gesellschafts-und gesundheitspolitische Thematisierung
I Heil-System	Leidender, (schuldiger), armer Kranker	Helfer, Heiler ("Halbgott") "Für-Sorger" "Carer"	Asymmetrie, ärztlicher Paternalismus	"professionelle" Dominanz der Medizin (60'er Jahre)
II gesellschaftliches staatliches Subsystem	Mensch, Bürger, (Steuerzahler)	Mitmensch Mitbürger	Humanität Demokratisierung	"Humanisierung des Krankenhauses" (70'er Jahre)
III Sektor sozialer Sicherung des Allgemeinguts "Gesundheit"	Versicherter (Beitragszahler) Ko-Produzent von Gesundheit	Leistungserbringer (Haupt-)Produzent	Bürokratie Kooperation, Selbsthilfe	Grenzen des Sozialstaats (80'er Jahre)
IV Markt für den Erwerb des individuellen Guts "Gesundheit"	Konsument/Verbraucher/Nutzer Kunde/Käufer (direkt oder indirekt)	Anbieter Verkäufer	"informierte Wahl des souveränen Konsumenten" Angebot und Nachfrage	Effektivität, Effizienz, Kundenzufriedenheit (=Qualitätsziele) (90'er Jahre)

Quelle: Trojan 1998

Phase I: Das Gesundheitswesen als Heilsystem

Der Patient erscheint vor allem als Leidender, "Kranker" gelegentlich sogar als Schuldiger im Sinne von Selbstverursacher seiner Krankheit. Die komplementäre Arztrolle reicht vom "Fürsorger" (care-giver im Englischen) über den Helfer und Heiler bis zum "Halbgott in Weiß". Die Arzt-Patient-Beziehung ist durch Asymmetrie und ärztlichen Paternalismus gekennzeichnet. Die gesundheitspolitische Thematisierung klagt die "professionelle Dominanz" der Medizin an. Diese Phase hat weitreichende Vorläufer, charakterisiert aber besonders die 60´er Jahre. Während die Asymmetrie zwischen Arzt und Patient aus normativen und funktionalen Gründen allgemein negativ bewertet wird, sind dem ärztlichen Paternalismus auch heute noch durchaus positive Aspekte im Sinne einer Entlastung des Patienten abzugewinnen.

Phase II: Gesundheitswesen als gesellschaftliches bzw. staatliches Subsystem

In dieser Phase wird akzentuiert, daß der Patient gleichzeitig auch Mensch und Bürger ist. Ebenso hat natürlich die Arztrolle nicht nur professionelle Aspekte: Der Arzt ist gleichzeitig auch Mitmensch und Mitbürger. In der Interaktion zwischen Arzt und Patient wird versucht, Aspekte jenseits des professionell Notwendigen hervorzuheben. Humanität und Demokratisierung sind gesellschaftliche Leitbilder der siebziger Jahre. Unter der Überschrift "Humanisierung des Krankenhauses" werden Qualitätsverbesserungen angestrebt, die heute unter Überschriften wie "Gesundheitsförderung" oder "Umfassendes Qualitätsmanagement" laufen. Das Krankenhaus wird als hierarchische Organisation angegriffen. Demokratisierung ist das Gegenkonzept, das auch für das ganze gesellschaftliche Subsystem namens "Gesundheitswesen" Geltung bekommen soll.

Phase III: Gesundheitswesen als Sektor sozialer Sicherung des Allgemeingutes "Gesundheit"

In dieser Übergangsphase, die sich stark mit der vorangegangenen und der nachfolgenden überlappt, tritt der Patient vor allem als Versicherter und Beitragszahler ins Blickfeld. Demgegenüber steht der Arzt als Leistungserbringer. Thematisiert wird "zuviel Bürokratie" als Kritik am Sozialstaat. Parallel dazu entwickelt sich eine Diskussion über Reformen, die den Patienten als Koproduzenten von Gesundheit neben den Hauptproduzenten Arzt stellt. Die Arzt-

Patient-Beziehung wird vor allem als Kooperationsbeziehung aufgefasst. Der Patient soll sein Laienpotential in Form von Selbsthilfe und Eigenverantwortung einbringen.

Phase IV: Gesundheitswesen als Markt für den Erwerb des individuellen Guts "Gesundheit"

Diese Phase der 90'er Jahre wurde durch die Diskussion über die Grenzen des Sozialstaats eingeläutet. Ausdrücke wie "Konsument, Verbraucher, Nutzer" kursierten vor allem als Übersetzungen aus dem englischen Sprachraum, ohne jedoch zum damaligen Zeitpunkt schon die Konnotation der marktwirtschaftlichen Umgestaltung des Gesundheitswesens zu haben. Dem Konsumenten gegenübergestellt erscheint der Arzt als Anbieter. Ein wichtiges Leitbild für die Arzt-Patient Beziehung wird die "informierte Wahl" des "souveränen Konsumenten". Eine verschärfte Entwicklung zum Marktmodell für das Gesundheitswesen lässt sich aus den Etikettierungen des Patienten als Kunde bzw. Käufer herauslesen. Der Arzt wird dabei zum Verkäufer; Angebot und Nachfrage steuern ihr Verhältnis im Sinne einer Handelsbeziehung. Immer mehr direkte Zuzahlungen des Patienten und entsprechend zunehmende privat zu zahlende Angebote der Vertragsärzte charakterisieren diese Entwicklung. Der Aufklärung der Patienten (z.B. durch Krankenhausbroschüren oder den häufig thematisierten "Krankenhaus-Michelin") stehen gleichzeitig, aber inhaltlich diametral entgegengesetzt, Versuche der Verdummung der Patienten gegenüber, um Gesundheitsprodukte und Gesundheitsdienstleistungen besser zu verkaufen.

Die gesundheitspolitische Thematisierung erfolgt vor allem unter den Etiketten Effektivität, Effizienz und Kundenzufriedenheit, den Hauptzielen der Qualitätsakteure im Gesundheitswesen (vgl. Geraedts & Selbmann 1997). Daneben sind Konzepte wie Konsumenten-Souveränität, Stärkung der Verbraucherinteressen oder Stärkung der Nachfrageorientierung gegen die Anbieterdominanz von Bedeutung.

Die derzeit gängige Betonung der "neuen Rolle" des Patienten klingt vor diesem Hintergrund etwas zu hoch gegriffen. Es handelt sich dabei eher um verschiedene Rollenanteile bzw. -aspekte, die bei jedem Patienten schon immer da waren und es auch noch sind. Je nach gesundheitspolitischen Erfordernissen wird der Patient jedoch in anderer Weise beleuchtet. Aktuell wird dabei das Licht auf den Patienten als Kunden, Käufer, Konsumenten gerichtet. Von einer "neuen Rolle" des Patienten im Sinne einer wirklichen Änderung der Machtverhältnisse und Mitsprachemöglichkeiten ist das deutsche Gesundheitswesen allerdings noch weit entfernt. Aber es gibt Ansätze und Chancen, wie z.B. in der bereits erwähnten und im nächsten Kapitel

näher beleuchteten Debatte um Qualitätssicherung und (patientenorientiertem) umfassenden Qualitätsmanagement.

1.5 Qualitätssicherung und -verbesserung als neue Konzepte

Qualitätssicherung gibt es in den Gesundheitsberufen schon seit frühester Zeit. Im Kodex Hammurabi befindet sich die älteste bekannte Stelle, in der Ärzten bei Fehlbehandlung drakonische Strafen angedroht werden (Rienhoff 1998). Die nachhaltigste Wirkung auf das Berufsethos der Gesundheitsberufe hat jedoch der Hippokratische Eid, in dessen ursprünglicher Form das Wohl des Patienten als oberste Norm des ärztlichen Handelns definiert wird. Allerdings stand diese Forderung in vielen geschichtlichen Epochen im Konflikt zu anderen politischen Leitsätzen (z.B. Orientierung auf das Gemeinwesen, Rationierung aufgrund knapper Ressourcen im Gesundheitswesen). Auch in der heutigen Qualitätsdiskussion rückt diese Maxime ärztlichen Handelns leider zu oft in den Hintergrund.

Systematische Qualitätsförderung und -forschung sind dagegen erst in der jüngsten Zeit entstanden als Erfordernisse der industriellen Sachgüterproduktion. Ihre verstärkte Anwendung innerhalb des Gesundheitswesens als Dienstleistungsbereich ist in Deutschland vor allem eine Entwicklung der letzten zwei Jahrzehnte und erfolgt im Vergleich zu den USA recht spät. Während die sprunghafte Zunahme des Interesses für Qualitätssicherung, Standardisierung und evidence-based Medicine im Gesundheitswesen und in der deutschen Öffentlichkeit in den letzten zehn Jahren zu einem grossen Teil auch eine Modeerscheinung war, handelt es sich in den angelsächsischen Ländern um Erscheinungsformen tiefgreifender Veränderungen.

"Vor allem in den USA bildet sich ein politisch-ökonomischer und institutioneller Kontext der Medizin heraus, in dem ihre Überführung in eine betriebsförmige Arbeit mit tendenziell standardisierten Produkten vorangetrieben wird. Die daraus resultierenden realen Widersprüche und Probleme haben die mit den zitierten Begriffen benannten Konzepte der Steuerung, Integration, Arbeitsteilung, Kooperation und der Standardisierung auf die Tagesordnung gesetzt." (Kühn 1998). Eine Hauptmotivation für Qualitätssicherung ist dabei die Notwendigkeit von Schutzmaßnahmen für die medizinische Qualität vor dem Hintergrund eines überbordenden Einsparwillens in allen Ebenen des Gesundheitswesens (vgl. z.B. Perleth 1997, Bolles 1997). Diese Notwendigkeit ist auch bei den Rationierungs- und Rationalisierungstendenzen im Deutschen Gesundheitswesen gegeben. Der Gesetzgeber hat deshalb im Gesundheitsreformgesetz von 1989 alle Krankenhäuser verpflichtet, Maßnahmen zur Qualitätssicherung einzuführen.

Verwirrende Begriffsfülle

Die Qualitätsdebatte der 90'er Jahre zeichnet sich bis heute durch eine Vielzahl von sich überschneidenden oder teilweise sich widersprechenden unzureichend definierten Begriffen aus. Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement, Qualitätszirkel und -zertifizierung, Total Quality Management, Evidence-based Medicine oder Qualitätsförderung gehören dazu, um nur eine kleine Auswahl zu nennen. Für zusätzliche Verwirrung sorgt die Tatsache, daß die aus den 70'er Jahren stammenden deutschen Formulierungen zur Qualitätssicherung, die Eingang in entsprechende Gesetze und Regelungen gefunden haben, um eine englischsprachige Begriffswelt erweitert wurden, die aus der internationalen Debatte um Qualitätsmanagement und die ISO-Normierung stammen. Noch irritierender wird es, da zwischen der deutschen Übersetzung der ISO-Richtlinien und den tradierten deutschen Begriffen Widersprüche bestehen. Um hier Abhilfe zu schaffen hat die Arbeitsgruppe Qualitätssicherung in der Medizin (AWMF) der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie 1996 Begriffsbestimmungen vorgelegt, die auch Eingang in das "Curriculum Ärztliches Qualitätsmanagement"¹⁷ gefunden haben (GMDS 1996). Im folgenden wird auf einige wichtige Begriffe kurz eingegangen.

Qualität

Nach der DIN EN ISO 8402 ist Qualität ganz allgemein die "Gesamtheit von Merkmalen einer Einheit bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen". Aus der Vielzahl von Definitionsversuchen zum Qualitätsbegriff in der Gesundheitsversorgung sei hier lediglich Donabedian zitiert, der oft als Begründer der wissenschaftlichen Qualitätssicherung bezeichnet wird (z.B. Geraedts & Selbmann 1997). Qualität der Versorgung ist: "the extent to which actual care is in conformity with pre-set criteria for good care" (Donabedian 1966). Weitere Definitionen stammen u.a. von Williamson (1978) und Lee (1933).

Die Unterteilung der Qualität in verschiedene Dimensionen dient der Konkretisierung. Die bekannteste Untergliederung der Qualität der Gesundheitsversorgung geht ebenfalls auf Donabedian zurück (1966) und benennt die Triade Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität. Dabei ist festzustellen, daß es je nach Interessensgruppe eine andere Gewichtung der

¹⁷ In diesem Curriculum legen Bundesärztekammer, Kassenärztliche Vereinigung und die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften 1996 als bisher einzige Berufsgruppe im Gesundheitswesen Richtlinien für die Aus- und Weiterbildung fest, mit dem Ziel, daß professionelles Qualitätsmanagement Teil ärztlichen Selbstverständnisses in der Praxis wird.

verschiedenen Dimensionen gibt. "Für den Patienten wird also vor allem ein Interesse an den Ergebnissen des Versorgungsprozesses betont, wie z.B. die Beseitigung von Krankheitssymptomen. Dagegen wird für Ärzte das Hauptinteresse in der Prozessqualität gesehen, die dem aktuellen medizinischen Kenntnisstand entsprechen soll, und die Kostenträger interessieren sich insbesondere für jene Aspekte, die den effizienten Einsatz von Ressourcen und die dazu notwendigen Strukturen betreffen." (Geraedts/Selbmann 1997). Daraus wird deutlich, daß eine Messung von Qualität nur möglich ist, wenn sie vorher genau definiert und eine Festlegung der Indikatoren vorgenommen wird.

Qualitätsmanagement

"Alle Tätigkeiten des Gesamtsystems, die im Rahmen des QM-Systems die Qualitätspolitik, die Ziele und Verantwortungen festlegen sowie diese durch Mittel wie Qualitätsplanung, Qualitätslenkung, Qualitätssicherung/QM-Darlegung und Qualitätsverbesserung verwirklichen." (GMDS 1996).

Total Quality Management

"Auf die Mitwirkung aller ihrer Mitglieder gestützte Managementmethode einer Organisation, die Qualität in den Mittelpunkt stellt und durch Zufriedenstellung der Kunden auf langfristigen Geschäftserfolg sowie auf Nutzen für die Mitglieder der Organisation und für die Gesellschaft zielt." (GMDS 1996). Im Rahmen der systematischen Qualitätsförderung wird TQM als das fortschrittlichste von drei Modellen angesehen, deren zentrales Ziel die Zufriedenheit von Patienten und Mitarbeitern ist. Im Handwerksmodell orientiert sich die Qualität der hergestellten Produkte an von der jeweiligen Zunft oder dem Meister festgelegten Maßstäben und ist vor allem von der leistungserbringenden Person, ihrer Ausbildung und Berufserfahrung abhängig. Im Modell der industriellen Massenfertigung orientiert sich Qualität an vom Management festgelegten Standards, die Prüfung der Endprodukte liegt in der Zuständigkeit einer eigenen Organisationseinheit. "Im Gesundheitswesen existieren alle drei Modelle nebeneinander (und z.T. gegeneinander)." (Badura/Strodtholz 1998). Dabei ist der umfassende TQM-Ansatz aufgrund der im Gesundheitswesen herrschenden Distanz zu aktivem Qualitätsmanagement bis jetzt nur schwer umzusetzen.

Zertifizierung nach der ISO-9000-Familie

Hierunter versteht man externe Prüfungen von betrieblichen Abläufen, vornehmlich bezogen auf die Ordnungsmäßigkeit des betrieblichen Qualitätssystems. DIN EN ISO 9004 bezieht sich auf das Qualitätsmanagement und enthält in Teil 1 einen allgemeinen Leitfaden und in Teil 2 einen Leitfaden für Dienstleistungen. Kritiker beklagen die mangelnde Übertragbarkeit dieser aus der Wirtschaft stammenden Normen und ihren ungehinderten "Wildwuchs" (Selbmann 1999). Die Zertifikate wären "z.Z. primär in der Werbung von Bedeutung" (Rienhoff 1998).

Wer sichert welche Qualität in Deutschland?

Im Rahmen der Neuregelung der Sozialgesetzgebung (Gesundheitsreformgesetz) wurde 1989 die Qualitätssicherung in den §§ 135-138 in das Gesetzeswerk mitaufgenommen. Der anfänglichen Freude der Pioniere der Qualitätssicherung über diesen Erfolg folgte allerdings eine rasche Ernüchterung.

"Bei Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung im ambulanten und stationären Bereich herrscht ein unüberschaubares Durcheinander qualitätsrelevanter Regelungen, Kompetenzen und Zuständigkeiten im Berufs- und Sozialrecht, die, wenn überhaupt, nur mangelhaft aufeinander abgestimmt sind. Ein bundesweiter institutionen- und verbändeübergreifender Konsens und eine durchgängige von allen relevanten Akteuren getragene langfristige Qualitätsstrategie und -politik sind nicht in Sicht." (Große Anfrage der SPD-Fraktion im Bundestag, 1998).

Die Ärzteschaft versteht sich traditionell als oberste Instanz für alle Fragen die mit der Behandlung von Krankheiten einhergehen. Auch die Qualitätssicherung der Behandlung erscheint ihr als originäre ärztliche Aufgabe. Im Rahmen des 2.GKV-NOG wurde der Bundesärztekammer zum 1.7.1997 mit einer Änderung des § 137 SGB V neben ihrer bisherigen berufsrechtlichen Kompetenz jetzt auch die sozialrechtliche Oberhoheit über die Qualitätssicherung zugesprochen. Unter Mitwirkung von Deutscher Krankenhausgesellschaft und den Krankenkassen legt die BÄK fest, welche Leistungen mit welcher Qualität gesichert werden sollen und welche Qualitätssicherungsmaßnahmen dazu eingesetzt werden. Das Deutsche Ärzteblatt feierte diesen gesetzgeberischen Akt als "berufspolitischen Erfolg", der es der Ärzteschaft ermöglicht im Sinne ihrer kritischen Haltung gegenüber der Qualitätssicherung zu "einer ergebnisorientierten, unaufwendigen¹⁸ Qualitätssicherung beizutragen." (Stobrawa 1997). Der zusätzliche administrative Aufwand steht in den Augen der Ärzte oft in keiner Relation zum

¹⁸ Unterstreichung des Autors

Nutzen. Die Qualitätssicherungsmaßnahmen, die parallel zur Einführung der Fallpauschalen und Sonderentgelte beschlossen wurden, um den damit verbundenen Gefahren¹⁹ für die Versorgungsqualität entgegenzuwirken liefen daher ins Leere. "Nicht zuletzt aufgrund der mangelnden Akzeptanz durch die Ärzteschaft konnte das Verfahren der Qualitätssicherung von Fallpauschalen und Sonderentgelten bisher kaum in den Krankenhausalltag umgesetzt werden" (ebd.). Auch innerhalb der Ärzteschaft bestehende Interessensgegensätze erschweren die Entwicklung einer effizienten Qualitätssicherung. So wird die Arbeit der AG zur Förderung der Qualitätssicherung²⁰, die vor allem Vorkehrungen zur gegenseitigen Abstimmung im Sinne einer Einheitlichkeit von Qualifikations- und Qualitätssicherungsanforderungen treffen soll, durch die Machtkämpfe von niedergelassenen Ärzten und Krankenhausmedizinern erheblich erschwert, wie ein für diese Arbeit befragtes Mitglied dieser AG berichtet.

Kritik am jetzigen Stand der Qualitätssicherung

Unabhängige Wissenschaftler, die sich mit diesem Feld beschäftigen, kritisieren die dominierende Rolle der Ärzteschaft und das damit verbundene überholte Expertenmodell der Qualitätsförderung und fordern ganzheitlich orientierte berufsgruppenübergreifende Qualitätsverbesserungsmaßnahmen unter besonderer Berücksichtigung der Patienten (vgl. u.a. Blum 1997, Bolles 1997, Geraedts 1997). Dabei sollte die Patientenzufriedenheit als maßgeblicher Qualitätsparameter gegenüber der technischen Versorgungsqualität stärker gewichtet werden. Die Zahl und das Interesse an Patientenbefragungen hat sich zwar in den letzten Jahren erhöht, ebenso wie die Zahl der hiermit befaßten Experten, aber ihre Bedeutung in den maßgeblichen Kreisen bleibt noch weit hinter dem wünschenswerten Ausmaß zurück. Während Patienten vor allem Kompetenz in der Beurteilung der Prozess- und Ergebnisqualität zugesprochen wird, stehen Maßnahmen zur Strukturqualität im Vordergrund, weil sie wirtschaftlich am interessantesten ist. Sie ist allerdings Domäne der Krankenhausmanager und zum Teil der Ärzte.

Woran es darüberhinaus vor allem mangelt, ist eine Qualitätsdefinition, die von den verschiedenen Akteuren des Gesundheitswesens einschließlich der Patienten gemeinschaftlich erarbeitet wird, wobei die verschiedenen Zielkonflikte thematisiert und Kompromisse gefunden

¹⁹ Es handelt sich um eine Verschlechterung der Versorgungsqualität aus Gründen der Gewinnmaximierung des jeweiligen Anbieters bis hin zu Abweisungen von "unlukrativem" Patientengut, wie es unter Kapitel 1.3 näher beschrieben wird.

²⁰ Die Arbeitsgemeinschaft, die auf Empfehlung des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen im Dezember 1993 auf freiwilliger Basis unter Beteiligung von Leistungserbringern des

werden müßten. Das setzt allerdings gegenseitige Anerkennung der verschiedenen Berufsgruppen und den Willen zur Zusammenarbeit voraus. Mangelnde interdisziplinäre Kommunikation ist aber eines der Hauptdefizite des Gesundheitswesens und gleichzeitig wichtige Quelle von Qualitätsmängeln, was in der Qualitätsdiskussion nicht thematisiert wird und sich stattdessen in der unüberschaubaren Anzahl von sich oft widersprechenden, aber meist unausgesprochenen Qualitätsvorstellungen der beteiligten Akteure widerspiegelt (z.B. Bolles 1997). Als weitere Defizite im deutschen Gesundheitssystem, die der Einführung von Qualitätsmanagement-Verfahren entgegenstehen, werden die uneinheitliche medizinische Dokumentation ohne Begründung und Nutzenanalyse für durchgeführte Handlungen und die auf allen Ebenen immer noch mangelnden Fähigkeiten und Kenntnisse im Umgang mit den neuen Informationstechniken angesehen (Rienhoff 1998).

Außerdem wird allgemein eine mangelnde Evaluation der Qualitätssicherung beklagt. Um am bereits erwähnten Beispiel der Fallpauschalen zu bleiben läßt sich feststellen: "Bisher hat sich international gezeigt, daß in der Regel weder die abrechnungstechnische Intervention noch die Wirksamkeit der flankierend eingeführten Maßnahmen zur Qualitätssicherung vorher evaluiert worden sind" (Badura & Strodtholz 1998). Überhaupt gibt es noch keine Studie, die die Erfolge von Qualitätssicherung in der Gesundheitsversorgung belegen kann (Selbmann 1999). Dies ist um so kritischer zu betrachten, da "sie (*die Qualitätssicherung*) Effizienz und nicht Humanität als letztes Ziel zu haben scheint" (Lamparter 1997).

1.6 Studien zur Patientenzufriedenheit

"Wir müssen die Mauern einreißen zwischen den Patienten und denen, die sie behandeln" (Delbanco 1998).

Laut Thomas L. Delbanco besteht dabei der erste, wichtigste und wahrscheinlich zugleich schwierigste Schritt darin, den Patienten zuzuhören. Voraussetzung hierfür ist, daß der Patient nicht als Gegner und Störfaktor einer ansonsten reibungslos verlaufenden Routine angesehen wird, sondern als Partner und Experte von dem eine Menge zu lernen ist. Neben der Befragung einzelner individueller Patienten und Gruppen von Patienten werden hierzu Studien zur Patientenzufriedenheit an größeren Patientenkollektiven durchgeführt.

Stand der Forschung

Neben den skandinavischen Ländern, den Niederlanden und Großbritannien, beschäftigen sich vor allem nordamerikanische Wissenschaftler mit der Patientenzufriedenheit:

Forschungsstand in den USA

Delbanco, Cleary, Roberts und andere führende amerikanische Wissenschaftler können dabei auf eine lange Tradition in ihrem Land zurückgreifen. Schon seit den fünfziger Jahren werden in den USA systematische Patientenbefragungen durchgeführt. Anlaß war damals der Pflegenotstand in den amerikanischen Krankenhäusern. Die amerikanische Krankenhausgesellschaft und das zuständige Bundesministerium ließen erforschen, in welchem Maß die Zufriedenheit stationär behandelter Patienten in einzelnen Krankenhäusern von der Zahl der beschäftigten Pflegekräfte und deren Ausbildungsniveau abhing (Straub 1993). Auch im Rahmen der Compliance-Forschung wurden bereits in den 60´er Jahren Untersuchungen darüber angestellt, welche Meinungen und Einstellungen Patienten zur Medizin, den Professionen und Institutionen der Gesundheitsversorgung haben und wie ihr Inanspruchnahme- und Therapieverhalten davon beeinflusst wird (Satzinger et al. 1995). Es folgte eine Phase, in der die Patientenbedürfnis - Diskussion hauptsächlich unter den Stichworten "Partizipation" und "Ganzheitlichkeit" erfolgte. Als die Patientenschaft in den 80´er Jahren, beginnend in den USA, zunehmend als zu umwerbende Kundschaft wahrgenommen wurde, entwickelte die sozialwissenschaftliche Forschung eine besondere Dynamik. Die im Gefolge entstehenden "patient satisfaction surveys" wurden von einer umfangreichen Diskussion über die Methodik solcher Erhebungen begleitet (Hall & Dornan 1988, Rubin 1990). Anders als z.B. in Deutschland gingen dabei wesentliche Impulse für die Etablierung einer systematischen Forschung schon seit den 70´er Jahren vom Gesetzgeber aus²¹.

In Großbritannien mit seinem zentral staatlich gesteuerten Gesundheitsdienst stand in der Forschung-neben der Qualitätssicherung-die Frage nach der Akzeptanz des an immanenten Leistungsanreizen relativ armen Versorgungssystems bei der Bevölkerung und der Datenbedarf

137 b SGB V auch gesetzlich etabliert.

²¹ Hier sind zu nennen, die politischen Anhörungen im Umfeld des "Federal HMO-Act" die Einführung der "Professional Standards Review Organisations" (PSRO) und später der "Peer Review Organisations" (PRO) im Rahmen des Medicare- Programms und der "Health Care Quality Improvement Act" von 1986 (vgl. Straub 1993).

für die Planung im Mittelpunkt. In den Niederlanden steht wie auch in Deutschland die Qualitätssicherung im Vordergrund.

Forschungsstand in Deutschland

In Deutschland ist das Interesse für Studien zur Patientenzufriedenheit erst relativ spät geweckt worden. Paralell zu der, im internationalen Vergleich auch erst spät geführten Qualitätsdiskussion im Gesundheitswesen erlangt die Messung der Patientenzufriedenheit in den letzten Jahren aber verstärkte Aufmerksamkeit. Von zentraler Bedeutung ist dabei die Verpflichtung der medizinischen Leistungsanbieter zur Qualitätssicherung, wie sie der Gesetzgeber seit dem Gesundheitsreformgesetz von 1989 vorschreibt. Wenn Qualitätssicherung im Sinne von Total-Quality-Management verstanden wird, "ist es unabdingbar, auch subjektive Patientenzufriedenheit als Indikator für Versorgungsqualität bzw. Unzufriedenheit von Patienten als Indiz für Versorgungsmängel zu begreifen" (Haase 1995). Außerdem ist das öffentliche Interesse für den Gesundheitsbereich gestiegen und der Wandel der Patientenrolle hin zum "König Kunde" tut sein übriges. Der seit längerem geplante "Krankenhaus-Michelin" des Verbandes der privaten Krankenversicherer (vgl. Klotz et al. 1996) und die Veröffentlichung der Ergebnisse einer unter Beteiligung mehrerer Krankenkassen durchgeführten Befragung zur stationären Versorgung in Berliner Krankenhäusern in der November-Ausgabe 1997 der Zeitschrift "Stiftung Warentest" seien hier exemplarisch erwähnt. Parallel dazu wird die Stärkung von Patienteninteressen nicht nur von Verbraucherverbänden gefordert (Castello 1995, Kranich 1995), sondern findet auch innerhalb der Politik und den Krankenkassen größere Beachtung. Unter diesen Vorzeichen gibt es zunehmend mehr Initiativen von Krankenkassen, ihre Versicherten zur Behandlungszufriedenheit zu befragen (z.B. DAK Befragung 1996 in Hamburg, Dörning & Bitzer 1996). Daneben führt die Wettbewerbsverschärfung im Gesundheitswesen zu einer Interessenszunahme auf Seiten der Anbieter, die anders als bisher aus wirtschaftlichen Gesichtspunkten auf die Zufriedenheit ihrer "Kunden" angewiesen sind. Eine Entwicklung, die sich sicherlich in Zukunft noch verstärken wird. In einem Teil der Fälle gilt hierbei das vorrangige Interesse allerdings, wie bei den Zertifizierungen, allein der Werbewirksamkeit der zur Erhebung der Patientenzufriedenheit durchgeführten Befragungen.

Im Vergleich wurden bisher insgesamt immer noch relativ wenige Arbeiten zum Thema Patientenzufriedenheit publiziert, aber der Abstand zu den angelsächsischen Ländern verkleinert sich (vgl. Blum 1997/1998, Raspe 1996, Dörning & Bitzer 1996, Satzinger et al. 1995, Aust 1994, Straub 1993, Schmidt et al. 1992. Die Institute Hildebrand Consult und Metrik sind bei der Durchführung von Befragungen führend in Deutschland, wobei seit kurzem auch Pickert

Commonwealth versucht hier Fuß zu fassen. Hauptfokus der meisten Arbeiten ist die Zufriedenheit der Patienten mit der stationären Versorgung im Krankenhaus.

Methoden zur Ermittlung der Patientenzufriedenheit im Krankenhaus

Zur Ermittlung von Patientenzufriedenheit im Krankenhaus eignen sich mehrere Methoden:

- Die individuelle Befragung des einzelnen Patienten im Routinebetrieb sollte eigentlich eine Selbstverständlichkeit sein und kann unmittelbar zu Verbesserungen führen.
- Focus-group-discussions mit einer Gruppe von Patienten sind ein relativ unaufwendiges qualitatives Verfahren zur Erhebung von Patientenerwartungen, Patientenzufriedenheit und zur Schwachstellenanalyse. Während Verbesserungsprozesse auf der Station bzw. Abteilung angestoßen werden können, ist auch diese Methode unsystematisch und nicht repräsentativ und deshalb bei Untersuchung der Gesamtorganisation nur bedingt einzusetzen. Sie werden allerdings gerne vor der Konzipierung eines Fragebogens durchgeführt (Delbanco 1998).
- Eine Befragung von Krankenhausseelsorgern und Sozialdienstmitarbeitern, die besonders häufig als Ansprechpartner von den Patienten aufgesucht werden, hilft beim Blick auf die Gesamtorganisation genausowenig weiter, wie der in vielen Krankenhäusern hängende "Kummerkasten".
- In den USA schon weit verbreitet, hier allerdings noch eine Seltenheit ist die Benennung eines Ombudsmannes, der Interessensvertreter für die Patienten und direkter Vermittler zu Ärzten bzw. Verwaltung sein soll, im Rahmen eines aktiven Beschwerdemanagements (vgl. Makowka 1997).
- Beurteilungsbögen, wie sie häufig am Ende der Krankenhausbroschüre zu finden sind haben meist einen sehr geringen Rücklauf und sind kurz und allgemein gehalten, weshalb ihre Aussagekraft gering ist.
- Standardisierte Patientenbefragungen sind systematisch angelegte, methodisch überprüfte Befragungen von einer größeren Zahl Patienten, die mit unterschiedlichen Zielen und Hintergründen, und dadurch bedingt mithilfe verschiedener Erhebungsverfahren, durchgeführt werden.

Standardisierte Patientenbefragungen im Krankenhaus

Bei der Befragung von Krankenhauspatienten sind verschiedene Erhebungsverfahren möglich. Zum einen variieren die Erhebungsarten. Neben dem mündlichen/persönlichen Interview kann eine telefonische oder eine schriftliche Befragung durchgeführt werden. Zum anderen unterscheiden sich Erhebungszeitpunkt und Erhebungsort. Die Befragung kann vor, während oder zu verschiedenen Zeitpunkten nach der Entlassung des Patienten erfolgen. Also stationär in einer Sprechstunde oder im persönlichen Umfeld des Patienten. Die Vor- und Nachteile der verschiedenen Erhebungsarten müssen vor dem Hintergrund der jeweiligen Zielsetzung der Befragung gegeneinander abgewogen werden. Im folgenden werden die wichtigsten kurz angeführt (vgl. Dirks-Wetschky 1998):

persönliches Interview: Vor allen Dingen für Spezialuntersuchungen ausgewählter Zielgruppen geeignet ist das zeit- und kostenintensive persönliche Interview. Die Chance, Mißverständnisse zu vermeiden und präzise Nachfragen stellen zu können wird durch fehlende Anonymität und damit der Gefahr positiver Antworttendenzen erkaufte.

telefonische Befragung: Ebenfalls nicht anonym, aber zeitlich besser planbar und somit billiger ist die telefonische Befragung, die sich insbesondere für Nacherhebungen eignet, bei Aufrechterhaltung des persönlichen Kontakts trotz zeit- und kostengünstigerem Umfang. Die Erreichbarkeit und Auskunftsbereitschaft ist geringer als beim persönlichen Gespräch.

schriftliche Befragung: Die schriftliche anonyme Befragung scheint sich trotz ihrer Mängel hinsichtlich hoher Verweigerungs- und Mißverständnissraten vor allem für allgemeine breit angelegte Untersuchungen zu eignen und wird daher auch bei der Befragung von Krankenhauspatienten überwiegend angewandt. Dieses billigste Verfahren läßt dem Patienten die Möglichkeit, den Beantwortungszeitpunkt selbst zu wählen wobei allerdings nur relativ einfache Fragen verwendet werden können.

Befragungen zur Patientenzufriedenheit von Kurzzeitpatienten im Krankenhaus

Die meisten Untersuchungen zur Patientenzufriedenheit sind mit Krankenhauspatienten durchgeführt worden. Dabei handelte es sich bisher fast immer um Patienten, die etliche Tage bis

Wochen stationär aufgenommen waren. Durch die zunehmende Verweildauerverkürzung und die Schaffung neuer Abrechnungsformen im Krankenhaus (vor- und nachstationär, ambulantes Operieren), sowie die Umstellung der Abrechnung auf Fallpauschalen, wächst die Zahl der Patienten stetig, die nur wenige Stunden bis Tage im Krankenhaus verbringen. Der Blick in die USA, wo diese Entwicklung bereits vor Jahren begonnen hat und der wie in anderen Bereichen des Gesundheitswesens als Blick in die Zukunft des deutschen Gesundheitswesens gilt, macht es wahrscheinlich, daß der Strukturwandel im Krankenhaus und die daraus resultierende Verweildauerverkürzung noch deutlich zunehmen werden. Die Zahl der Kurzzeitpatienten wird damit in den nächsten Jahren vorraussichtlich weiter steigen. Diese Tatsache hat sich allerdings in der Forschung über die Patientenzufriedenheit noch nicht niedergeschlagen. Es gibt bisher kaum Untersuchungen und Instrumente, die sich mit dem wachsenden Bereich der Kurzzeitpatienten oder der ambulanten Behandlung im Krankenhaus beschäftigen. Vereinzelt gibt es Berichte über die Untersuchung von Einzelaspekten, z.B. der Untersuchung von Patienten nach ambulanter genitoskrotaler Chirurgie, nach ambulanter Chirurgie und von Ambulanzpatienten (vgl. Carey/Seibert 1993, Imanka et al. 1993, Blum 1998). Dabei hat "die Sicht des Patienten als Indikator für die Qualität der Versorgung ... bei Kurzzeitpatienten eine besonders große Bedeutung, weil dies fast die einzige Möglichkeit ist, wie das Krankenhaus systematische Rückkopplung darüber bekommen kann, wie positiv oder negativ sich die Krankheit bzw. Genesung entwickelt hat. Insofern sind Patientenbefragungen bei ambulanten und Kurzzeit-Patienten tendenziell noch wichtiger als bei stationären Patienten" (Trojan 1996). Weil hier Handlungsbedarf besteht, konzipierten Trojan & Nickel 1996 (ebd.) eine Studie, in der ein Standard-Instrument zur Messung der Patientenzufriedenheit von Kurzzeitpatienten entwickelt werden soll. Eine Vorarbeit dazu ist diese Arbeit.

1.7 Kurzzeitpatienten: Ein Bereich mit wachsender Bedeutung

In den letzten Jahren gewinnt die Gruppe der Kurzzeitpatienten, in der Krankenhausstatistik auch als "Kurzlieger" mit maximal dreitägiger Aufenthaltsdauer bezeichnet, mengenmäßig und ökonomisch an Bedeutung. Dies geschieht vor dem Hintergrund einer generellen Verkürzung der Verweildauern im Krankenhaus.

Kurzzeitpatienten und Verweildauerverkürzung

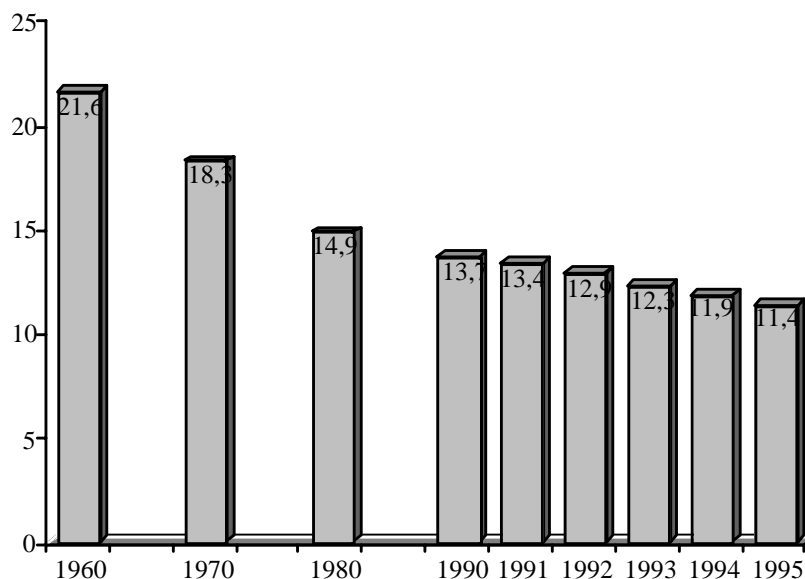
Das deutsche Gesundheitssystem ist in Bewegung. Besonders der Krankenhausbereich muß auf die geänderten gesetzlichen und wirtschaftlichen Bedingungen reagieren. Ein Bereich in dem diese Veränderungen für die Patienten spürbar werden, ist die Dauer ihres Krankenhausaufenthalts. Während ein Patient noch vor wenigen Jahren um jeden Tag, den er früher entlassen werden wollte, feilschen mußte, kann es dem Krankenhaus heute kaum schnell genug gehen, was vor allem ein Resultat des geänderten Entgeldsystems ist. Wird eine Behandlung über eine Fallpauschale anstatt über die Zahl der Liegetage abgerechnet, bedeutet jeder Tag, den der Patient eher entlassen wird, als für diese Behandlung mit der Krankenkasse vereinbart ist, einen finanziellen Gewinn für das Krankenhaus. Und die Zahl der Behandlungen, die pauschaliert abgerechnet werden wächst stetig, ebenso wie der finanzielle Druck, der wirtschaftliches Arbeiten überlebensnotwendig macht.

Obwohl diese Abrechnungsänderung einen großen Anteil an dem Rückgang der Verweildauern in den letzten Jahren hat, gibt es noch zahlreiche andere Gründe, die bewirkten, daß die durchschnittliche Verweildauer in deutschen Krankenhäusern seit 1960 von 21,6 auf 11,4 Tagen im Jahre 1996 zurückgegangen ist (siehe Abb. 2, Seite). Der Median der Behandlungsdauer lag 1995 nur noch bei 7 Tagen. Neben dem generellen medizinischen Fortschritt sind z.B. Veränderungen in der Morbiditätsstruktur, dem Einweisungsverhalten der niedergelassenen Ärzte und einer Zunahme von Verlegungen zwischen Krankenhäusern und/oder mehrfacher Einbestellungen innerhalb eines Erhebungszeitraums als weitere Ursachen anzunehmen. Bei den medizinischen Ursachen dürfte der Vormarsch der mikroinvasiven Operationstechniken in den letzten Jahren den stärksten Anteil ausmachen.

Trotz einer beständigen Zunahme der Fallzahlen in der stationären Versorgung und einem Abbau von Krankenhausbetten von 83.2 im Jahr 1991 auf 72.5 Betten auf 10000 Einwohner im Jahr 1996 ist so die Auslastung der verbleibenden Betten im gleichen Zeitraum von 83.8% auf 80.2%

gefallen (StBA 1997). Maßgeblichen Anteil daran hat die überdurchschnittlich starke Zunahme der Kurzzeitpatienten.

Abb. 2: Durchschnittliche Liegezeiten in deutschen Akutkrankenhäusern in Tagen



ab 1990 Gesamtdeutschland

Quelle: StBA 1996, 1997

Kurzzeitpatienten

Der Anteil der Kurzzeitpatienten an der Gesamtzahl der Krankenhauspatienten hat sich von 8.6% im Jahr 1978/79 auf 24.1% im Jahr 1995 erhöht. Während sich die Patientenzahlen insgesamt von 9.543 auf 14.832 Millionen um 50% erhöht haben, hat sich die Zahl der Kurzzeitpatienten damit im gleichen Zeitraum fast verdreifacht. Im Auftrag des damaligen Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung wurde diese Patientengruppe im Vergleich der Erhebungsjahre 1978/79 und 1986/87 untersucht (BMAS 1989). Auch wenn aktuelle Entwicklungen z.B. in Bezug auf das neue Entgeldsystem dort nicht berücksichtigt sind, können doch Tendenzen abgelesen werden, die bis heute Gültigkeit haben. So hat sich innerhalb der Kurzzeitpatienten die Gruppe der Patienten bei denen ein operativer Eingriff vorgenommen wurde überproportional von 4% auf 11% erhöht und es ist anzunehmen, daß sich diese Entwicklung aufgrund der Zunahme minimalinvasiver Techniken bis heute noch verstärkt hat. Bei einer zunehmenden Bandbreite der Krankheitsarten gegenüber 1978/79 waren die fünf häufigsten Hauptdiagnosen auf ICD-Ebene, die ein Viertel aller Kurzzeitpatienten erfaßten: Katarakt, chronische Affektion der Tonsillen, toxische Wirkung durch Alkohol, weibliche Infertilität und Commotio cerebri. Folgende Gründe wurden vor allem für den Zuwachs der Kurzzeitpatienten verantwortlich

gemacht:

- Zunahme der Patienten, die zur Diagnostik bzw. Befundabsicherung ins Krankenhaus eigewiesen werden. Dem kann eine Änderung des Einweisungsverhaltens der niedergelassenen Ärzte zugrundeliegen oder eine Einstellungsänderung der Patienten mit erhöhter Bereitschaft, Untersuchungen, die normalerweise im Krankenhaus durchgeführt werden, vornehmen zu lassen.
- Zunahme der regelmäßig einbestellten Patienten zur kurzzeitigen Behandlung z.B. von bösartigen Neubildungen in der Onkologie. Allerdings ist diese Zunahme zum Teil rein statistischer Natur durch erneute Zählung der Patienten bei jeder Wiederaufnahme.
- Zunahme der Krankenhausfälle durch veränderte Behandlungsverfahren. Der Einsatz verbesserter Verfahren ermöglicht die Behandlung eines größeren Patientenguts. So werden z.B. mithilfe der Lasertechnologie auch Kataraktpatienten operiert, bei denen bisher aufgrund des Alters auf entsprechende Eingriffe verzichtet wurde. Ebenso führt eine direkte Zunahme von Behandlungsanlässen, die typischerweise nur 1-3 Tage Behandlung bedürfen zu einer Zunahme der untersuchten Patientengruppe. Hierunter fällt z.B. die Verdopplung der Kurzzeitpatienten mit der Hauptdiagnose "toxische Wirkung durch Alkohol".
- Durch Veränderung der Behandlungsverfahren und durch die allgemein verbesserten Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten kann für einen immer größeren Teil der Patienten der stationäre Krankenhausaufenthalt innerhalb von drei Tagen abgeschlossen werden. So konnten z.B. 1978/79 etwa 16% der Patienten mit der Hauptdiagnose "Tonsillitis", "Katarakt" und "Commotio cerebri" nach maximal drei Tagen entlassen werden, während es 1986/87 bereits 42% waren.

Gerade der letzte Grund scheint heute gepaart mit dem finanziellen Anreiz durch die Fallpauschalen entscheidenden Anteil an der Zunahme der Kurzzeitpatienten zu haben. Vor allem in der Chirurgie sind in den letzten Jahren eine Vielzahl neuer Abteilungen entstanden, die sich vornehmlich oder sogar ausschließlich der "Kurzzeit Chirurgie" widmen. Die Abwehr wirtschaftlicher Nachteile durch zu lange Liegezeiten verbindet sich hier mit den Chancen, die dieses neue Segment im Krankenhausmarkt bietet.

1.8 Fragestellungen der Arbeit im Kontext eines Public-Health Projekts

Die vorliegende Arbeit ist Teil des Projekts "Entwicklung eines modularen Standard-Instruments zur Messung von Patientenzufriedenheit bei Kurzzeitpatienten", das unter der Leitung von A.Trojan und S.Nickel mit Förderung des Norddeutschen Forschungsverbundes Public Health am Institut für Medizin-Soziologie der Universität Hamburg durchgeführt wurde. Hiermit soll ein Beitrag geleistet werden, um eine Lücke zu schließen, die aus Sicht der Forschung im Bereich Patientenzufriedenheit klafft. Wie bereits beschrieben besteht bei den Kurzzeitpatienten besonderer Handlungsbedarf aufgrund der in den letzten Jahren quantitativ und wirtschaftlich schnell wachsenden Bedeutung dieser Patientengruppe. Persönliche Motivation der Projektleiter waren dabei unter anderem Erfahrungen aus einem 1994 durchgeführten Projekt, in dem die Zufriedenheit von entlassenen Krankenhauspatienten mit einem eigens entwickelten Fragebogen erhoben wurde (Trojan & Nickel 1996). Dabei mußten Kurzzeitpatienten mit einer Aufenthaltsdauer von weniger als drei Tagen ausgeklammert werden, da das umfangreiche Instrument voraussetzte, daß der Patient relativ umfassende Erfahrungen und Kenntnisse des Krankenhauses hatte.

Diese Arbeit beinhaltet die ersten beiden Arbeitspakete des Projekts, Vorstudien mit denen die unterschiedlichen Aspekte und Dimensionen des Untersuchungsbereichs "Kurzzeitpatienten" erforscht werden sollten.

Im folgenden werden die wichtigsten Fragestellungen dieser Arbeit dargestellt:

Definition des Untersuchungsbereichs

Eine inhaltliche und begriffliche Analyse des Untersuchungsbereichs ist von zentraler Bedeutung für die Fragebogenentwicklung und die Auswahl der zu befragenden Patientengruppe sowie des Befragungsortes. Es gilt, eine Vielzahl von Begriffen und Definitionen zu entwirren, die sich an unterschiedlichen Ebenen des Untersuchungsbereichs orientieren. Neben sozialrechtlichen Kategorien sind das zeitliche, statistische, abrechnungstechnische und die Behandlungsabläufe beschreibende Einteilungen. Dabei ist besonders interessant, ob die Krankenhausesperten ein einheitliches Verständnis von Kurzzeittherapie haben und was sich hinter den im Rahmen des Gesundheitsreformgesetzes neu aufgetauchten Begriffe "vor- und nachstationäre Behandlung" und "ambulantes Operieren" verbirgt. Gleichzeitig sollen die organisatorisch-strukturellen Abläufe der Kurzzeittherapie beleuchtet und an exemplarischen Beispielen dargestellt werden.

Ein Überblick über die Anbieter, die vornehmlich behandelten Krankheitsbilder und etwaige Zugangsvorraussetzungen zu einer solchen Therapie seitens der Patienten soll ebenfalls erreicht werden.

Was sagen Experten zur Entwicklung in diesem Bereich?

Die quantitative Entwicklung im jeweiligen Arbeitsumfeld der Experten aus Krankenhaus und ambulantem Bereich interessiert hier genauso, wie ihre Einschätzung der bundesweiten und internationalen Entwicklung. Geklärt werden sollen die gesundheitspolitisch-gesetzgeberischen, die medizinischen und finanziellen Ursachen hierfür.

Was sagen Patienten und Experten zur Qualität in diesem Bereich?

Hier soll vor allem untersucht werden, ob und welche Auswirkungen die Verweildauerverkürzung und im besonderen die Zunahme von Kurzzeittherapie auf die Qualität der medizinischen Versorgung hat. Welche Chancen und Risiken sind hier zu erwarten? Sind den Experten und vor allem den befragten Kurzzeitpatienten im Vergleich zur herkömmlichen Krankenhausbehandlung spezifische qualitative Probleme der Kurzzeittherapie bekannt und wie kann ihnen begegnet werden? Welche organisatorisch-strukturellen und personellen Anforderungen müssen dazu gewährleistet sein? Um die verschiedenen hier zu erwartenden Qualitätsthemen richtig einzuschätzen, sollen die, aus Patientensicht wichtigsten allgemeinen Qualitätsmerkmale einer Krankenhausbehandlung herausgefunden werden. Als weiterer Gesichtspunkt der Versorgungsqualität wird untersucht, ob sich durch die Einführung der Kurzzeittherapie das Verhältnis von ambulantem und stationärem Sektor verändert. Vor dem Hintergrund einer Bestandsaufnahme der momentan existierenden Probleme gilt es zu klären, ob durch die Kurzzeittherapie hier positive Impulse zu erwarten sind.

Wie entwickelt sich der Bereich quantitativ?

Durch eine Analyse der Hamburger Krankenhausstatistik soll die Frage geklärt werden, inwieweit sich die Omnipräsenz des Themas in der gesundheitspolitischen Diskussion auch in Zahlen abbilden läßt. Schwerpunkt soll hierbei die Frage sein, ob der bundesweite Trend einer

Abnahme der Verweildauern und Zunahme von Kurzzeittherapie auch für Hamburg bestätigt werden kann. Besonderes Interesse gilt dabei den, in dieser Entwicklung führenden Fachgebieten und hier wiederum den quantitativ wichtigsten Diagnosen oder Behandlungsanlässen, weil der zu entwickelnde Fragebogen in diesen Bereichen zum Einsatz kommen sollte. Es soll auch geklärt werden, ob es sich im Vergleich verschiedener Krankenhäuser um einen allgemeinen Trend handelt, oder falls nicht, ob die Häuser mit signifikant mehr oder weniger Kurzzeittherapie besondere Merkmale aufweisen.

Entwicklung eines Fragebogens

Eigentliches Ziel der, im Rahmen dieser Arbeit durchgeführten Vorstudien ist die Entwicklung eines Fragebogens, der geeignet ist, um damit die Zufriedenheit von Kurzzeitpatienten zu erheben. Dabei muß geklärt werden, welche Bereiche bereits existierender und als Vorlage dienender Fragebögen vernachlässigt werden können und welche Aspekte wegen ihrer besonderen Bedeutung bei der Kurzzeittherapie genauer erfragt werden müssen (v.a. Trojan & Nickel 1996, Blum 1995, Raspe et al. 1996). Das Hintergrundwissen hierzu sollen die Erkenntnisse aus den vier vorgenannten Fragestellungen liefern.

1.9 Zusammenfassung

In den meisten Industrienationen haben die Ausgaben für die Gesundheitsversorgung in den letzten Jahren und Jahrzehnten eine Höhe erreicht, die den jeweiligen Regierungen nicht mehr tolerabel erschienen. Einhergehend mit einer Rationierungs- und Rationalisierungsdiskussion sollen Reformen dem nicht zu sättigenden Wachstumsmarkt Gesundheitswesen Grenzen setzen. In Ermangelung klarer übergeordneter nationaler Gesundheitsziele ist in den meisten Staaten dabei die Finanz- und Wirtschaftspolitik hauptsächlicher und teilweise ausschließlicher Motor dieser Reformen und bestimmt ihre Zielparameter. In Deutschland wurden so seit 1977 eine Reihe von nur kurzfristig wirksamen Kostendämpfungsgesetzen erlassen, bevor mit dem Gesundheitsstrukturgesetz 1993 und den Folgegesetzen erstmalig auch strukturelle Änderungen vorgenommen wurden. Neben einer generellen Erhöhung der Zuzahlungen der Patienten lag der Hauptfokus dabei auf dem stationären Sektor, der als Hauptkostenverursacher gilt. Als Hauptsteuerungsmittel zur Einsparung wurden hier Jahresbudgets und ein neues Entgeldsystem eingeführt. Durch die Abrechnung über Fallpauschalen wird eine möglichst schnelle Entlassung

der Patienten in vielen Bereichen attraktiv. Die durchschnittlichen Krankenhausliegezeiten sinken.

Ein wichtiger theoretischer Hintergrund der Reform ist die Annahme, daß eine stärkere Öffnung des Gesundheitswesens für marktwirtschaftlichen Wettbewerb Kosten einspart, obwohl das Beispiel der USA das Gegenteil zeigt. Mit dem Einzug privatwirtschaftlichen Wettbewerbs verschiebt sich auch das Verhältnis zwischen Patient und Leistungsanbieter zu einer Kunde-Käufer-Beziehung mit der Vision einer "informierten Wahl" eines souveränen Konsumenten". Für den Patienten ergibt sich dadurch allerdings keine substanzielle Änderung der Machtverhältnisse und Mitsprachemöglichkeiten im Gesundheitswesen. Auch die Einführung eines aus der Industriefertigung bekannten Qualitätsmanagements mit Qualitätssicherungs- und Zertifizierungsverfahren wird eher von wirtschaftlichen Interessen angetrieben, als von der Sorge um eine tatsächliche Verbesserung der Patientenversorgung.

Ein Ansatz einer patientenorientierten "ganzheitlichen" Qualitätssicherung stellt dabei die Erhebung der Patientenzufriedenheit dar. Während es in anderen Ländern, wie USA, Skandinavien oder Niederlande auf diesem Gebiet bereits eine lange Forschungstradition gibt, hat das Interesse in Deutschland erst in den letzten zwei Jahrzehnten zugenommen. Geforscht wird vor allem im Krankenhaus, wo die Patienten mit größeren Belastungen konfrontiert sind als im ambulanten Bereich. Beispielhaft erwähnt seien die Beschneidung des Rechts auf freie Arztwahl, eine begrenzte Einflußnahme auf Handlungsabläufe und die fehlende Intimität.

Bei dem Forschungsgut handelte es sich überwiegend um Patienten, deren Krankenhausaufenthalt in Wochen zu messen war. Die ökonomisch und medizintechnisch begründete zunehmende generelle Verkürzung der Krankenhausliegezeiten und die Einführung von speziellen stationären Kurzzeittherapieformen wurde dabei bisher kaum berücksichtigt. Es läßt sich vermuten, daß diese Gruppe der "Kurzlieger", die teilweise mit speziellen Behandlungsformen und eigenen Belastungen konfrontiert werden auch andere oder anders gewichtete Qualitätsansprüche haben. Außerdem ist vor dem Hintergrund der betriebswirtschaftlich geforderten Gewinnoptimierung im enger werdenden Konkurrenzkampf zwischen den Krankenhäusern gerade in den zeitlich und personell eng geplanten Kurzaufenthalten eine besondere Gefährdung der Versorgungsqualität zu erwarten.

Ein Forschungsprojekt des Norddeutschen Forschungsverbunds Public Health mit dem Titel "Entwicklung eines Standard-Instruments zur Messung von Patientenzufriedenheit von Kurzzeit-Patienten", das A. Trojan und S. Nickel am Institut für Medizin-Soziologie der Universität Hamburg durchführen, soll helfen diese Lücke zu schließen. Die hier vorliegende Arbeit soll dazu notwendige Voruntersuchungen liefern. Neben einer inhaltlichen und begrifflichen Analyse des sich noch im Fluss befindlichen Untersuchungsbereichs soll die qualitative und quantitative

Entwicklung von Kurzzeittherapie allgemein und speziell für das Land Hamburg untersucht werden. Dazu wird unter anderem eine Sekundäranalyse der Hamburger Krankenhausstatistik durchgeführt. Vor allem soll geklärt werden, welche Aspekte der Versorgungsqualität Patienten und Experten in diesem Bereich als besonders wichtig oder gefährdet ansehen. Aus dem Zusammenspiel der gewonnenen Erkenntnisse und bereits bestehender Instrumente wird dann ein Fragebogen für Kurzzeitpatienten konzipiert und innerhalb des Forschungsprojekts getestet und eingesetzt.

2 METHODIK

Bei der ersten Annäherung an den Forschungsgegenstand zeigte sich, daß es sich um einen im Fluss befindlichen Untersuchungsbereich handelt. Eine rasche Abfolge von Gesetzesänderungen, der rasante medizin-technische Fortschritt und sich ändernde wirtschaftliche Rahmenbedingungen sind maßgebliche Gründe hierfür. Um die laufende Entwicklung des Untersuchungsbereichs möglichst aktuell abbilden zu können, wurde die Methode des leitfadensorientierten Experteninterviews gewählt. Dabei sollten alle Akteure zu Wort kommen, um einen möglichst umfassenden Überblick zu erhalten. Zur Objektivierung der Ergebnisse werden zusätzlich Daten der Hamburger Krankenhausstatistik mit Blick auf die Kurzzeittherapie ausgewertet.

Die so aus den verschiedenen Perspektiven gewonnenen Erkenntnisse ermöglichen anschließend die Entwicklung eines möglichst vollständigen und relevanten Fragebogens zur Zufriedenheit von Kurzzeitpatienten. Die Entwicklung des Fragebogens ist allerdings nicht Inhalt dieser Arbeit, sondern wurde im Rahmen des bereits zitierten Projekts des Norddeutschen Forschungsverbunds Public Health vorgenommen. Diese Arbeit beinhaltet die ersten beiden Arbeitspakete des Projekts, Vorstudien mit denen die unterschiedlichen Aspekte und Dimensionen des Untersuchungsbereichs "Kurzzeitpatienten" erforscht werden sollten.

- Im Verlauf der Vorstudien ergab sich die Möglichkeit, in Zusammenarbeit mit der Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales eine Sekundäranalyse der Routinedaten der Hamburger Krankenhausstatistik in Bezug auf die Gruppe der Kurzzeitpatienten durchzuführen. Neben der Darstellung der quantitativen Entwicklung war es ein zentrales Ziel dabei, Anhaltspunkte zu finden, in welchen Disziplinen befragt werden sollte und ob bestimmte Anlässe oder Diagnosen eigene Studien erfordern.
- Als erster und ergiebigster Teil der leitfadensorientierten Expertengespräche wurden 8 Befragungen mit Experten aus den Bereichen ärztlicher Dienst, Verwaltung und Direktorium im Krankenhaus sowie aus der Gesundheitsbehörde durchgeführt. Neben der in der Fragestellung beschriebenen Definition des Untersuchungsbereichs interessierten in den Gesprächen vor allem die Entwicklungsprognosen für den Kurzzeitbereich sowie die zugrundeliegenden medizinisch-ökonomischen Ursachen und die Beurteilung der Qualität.
- In Interviews mit 17 Patienten einer speziellen Kurzzeittherapiestation sollten mögliche, für

diese Therapieform spezifische Qualitätsmängel aufgedeckt werden und eine Rangfolge der aus Patientensicht wichtigsten allgemeinen Qualitätsmerkmale einer Krankenhausbehandlung erfragt werden.

- Abschließend wurden telephonische Interviews mit 11 niedergelassenen Ärzten durchgeführt, die vor allem Aufschluss über die quantitative und qualitative Entwicklung des Einweisungsverhaltens der Ärzte zur Kurzzeittherapie geben sollte. Daneben interessierten vor allem eine Einschätzung der Qualitätsanforderungen der Patienten und eine Problemanalyse der Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten und dem Krankenhausbereich.

Mithilfe der Ergebnisse der hier vorgestellten Vorstudien und unter Verwendung bereits existierender Fragebögen (v.a. Trojan & Nickel 1996, Blum 1995, Raspe et.al. 1996) wurde dann innerhalb des NFVPH-Projekts ein Instrument zur Messung der Patientenzufriedenheit von Kurzzeitpatienten entwickelt und in einer quantitativen Pilotstudie an einem mittleren Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung erprobt. Nach Überarbeitung des Instruments wurden abschließend Befragungen auf zwei speziellen Abteilungen für Kurzzeit Chirurgie durchgeführt, sowie in vier Bereichen der Inneren Medizin eines Krankenhauses der Maximalversorgung (Ambulanz, Gastroenterologie, Kardiologie und Onkologie).

2.1 Sekundäranalyse der Hamburger Krankenhausstatistik

Um Hinweise auf die quantitative Bedeutung und Struktur von Kurzzeitpatienten, sowie der Auswahl der Untersuchungspopulation für die Patientenbefragung im Rahmen des oben vorgestellten Public Health Projekts zu erhalten, haben wir in Zusammenarbeit mit der Hamburger Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales (BAGS) eine Sekundäranalyse von Routinedaten der Krankenhausstatistik durchgeführt. In der Krankenhausstatistik werden seit 1993 alle wesentlichen Daten des Krankenhausaufenthalts auf kommunaler Ebene erfaßt. Die Entwicklung der Krankenhaüsfälle, geordnet nach Verweildauer, Krankenhaus, Fachgebiet und Diagnosespektrum konnte somit über einen Zeitraum von vier Jahren für Hamburg untersucht werden. Konkrete Ziele waren dabei:

- Überprüfung des bundesweiten Trends der überproportionalen Zunahme von Kurzzeitpatienten auf Hamburger Ebene,
- Beschreibung der Patientenstruktur nach ausgewählten Versorgungsmerkmalen und Einschätzung der Veränderungen im Zeitverlauf,
- Beschreibung typischer Gruppen von Kurzzeitpatienten nach Art der Krankheit bzw. Behandlung innerhalb der, bezogen auf diese Patientengruppe, quantitativ wichtigsten Fachgebiete.

Bei der Bildung forschungsleitender Hypothesen waren zwei ältere Studien im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS 1988; 1989) hilfreich, die wesentliche Vorarbeiten bei der Definition und Analyse von Kurzzeitpatienten erbracht haben. Entsprechend dieser Studien und den Ergebnissen der Interviews mit den Krankenhausexperten haben wir Kurzzeitpatienten als Personen definiert, die maximal zwei Nächte im Krankenhaus behandelt werden. Bei einigen Auswertungen wurde diese Gruppe noch weiter nach der Verweildauer differenziert (0, 1, oder 2 Nächte).

Einschränkend sei auf folgende Punkte hingewiesen: Einerseits beziehen sich die verfügbaren Daten nur auf vollstationäre Krankenhaüsfälle, d.h. vor-/nachstationäre Fälle und ambulant Operierte werden hier nicht erfaßt. Zum anderen ist die Datengrundlage fallbezogen, so daß Mehrfachaufenthalte von Patienten und Verlegungen zwischen Krankenhäusern eine statistische Überschätzung bewirken.

2.2 Interviews

Das Interview ist die am häufigsten verwendete Methode in der Soziologie (vgl. Friedrichs 1973). Scheuch definierte es als: "...ein planmäßiges Vorgehen mit wissenschaftlicher Zielsetzung, bei dem die Versuchsperson durch eine Reihe gezielter Fragen oder mitgeteilter Stimuli zu verbalen Reaktionen veranlaßt werden soll." (1967). Meist handelt es sich dabei um strukturierte und standardisierte Interviews, die in der quantitativen soziologischen Forschung Verwendung finden. Die Fragethemen und -anordnung sind festgelegt, genauso wie die Frageformulierung vorgegeben ist. Überwiegend kommen geschlossene Fragen zum Einsatz, z.B. im Sinne von Ja-Nein Kategorien, Skalierungen oder Listenfragen.

Das Interview hat einen sehr breiten Anwendungsbereich. Es liefert relativ gut standardisiert für eine große Zahl von Personen je nach Umfang des Fragebogens und der Bereitschaft der Befragten zur Mitarbeit viele Informationen. "Wie alle Formen der Befragung stellt auch das Interview die wohl wichtigste Möglichkeit dar, die Wahrnehmung und Interpretation von Sachverhalten durch Individuen zu ermitteln" (Friedrichs 1973). Die dabei eingesetzten "Instrumente" sind der Fragebogen und der Interviewer selber, der meist nicht mit dem eigentlichen Forscher identisch ist. Ein weiterer Vorteil dieser Methode liegt in der guten und weit entwickelten Möglichkeit, Zufallsstichproben zu ziehen, wobei die Abstraktion vom tatsächlichen Handeln des Befragten und der hohe zeitliche und finanzielle Aufwand als Nachteile angesehen werden müssen.

Der Erstellung des Fragebogens kommt eine zentrale Bedeutung zu. Meist werden aus einer Fülle von bereits entwickelten Instrumenten Fragen von früheren vergleichbaren Untersuchungen übernommen. Diese werden kombiniert mit neu formulierten Fragen, die für das Problem nach Kriterien der Plausibilität brauchbar erscheinen. Nach Themen geordnet und in eine logisch gegliederte Abfolge gebracht wird daraus der vorläufige Fragebogen erstellt. Dabei ist zu beachten, daß eine gewisse Attraktivität für den Befragten gegeben sein sollte, was z.B. auch bei der Länge des Fragebogens zu bedenken ist. Eine Länge von einer Stunde gilt hier als Obergrenze (ebd.). Das so entstandene Instrument wird dann meistens einem Pretest unterzogen, der zugleich Probelauf für alle anderen beeinflussenden Faktoren ist (wie z.B. Eignung der Interviewer, des Erhebungortes, Ausfälle in der Stichprobe etc.).

Die Methodenforschung hat bei standardisierten Interviews eine ganze Reihe systematischer Fehler identifiziert. Das Verhalten des Interviewers und eine ungeschickte Frageformulierung/-anordnung rangiert hier neben den Stichprobenausfällen ganz oben. Der Einfluß der verbalen und nonverbalen Interaktion zwischen Fragendem und Befragtem wird in der Praxis allerdings oft vernachlässigt. Beispielhaft genannt seien hier die Gestaltung der Gesprächsatmosphäre, die

jeweiligen Stereotypen und Rollenbilder, die dem Gegenüber zugedacht werden oder Antworten im Sinne der sozialen Erwünschtheit. Auch der Erhebungsort und die Anwesenheit Dritter können großen Einfluß auf die Antworten haben. Nach einer Schätzung von Scheuch sind in 50% der Fälle Dritte anwesend. Neben der Überarbeitung des Fragebogens wird zur Behebung der Fehlerquellen wegen ihres maßgeblichen Beitrags zum Gelingen der Untersuchung vor allem eine Schulung und Supervision der Interviewer empfohlen (Friedrichs 1973).

Voranstehendes trifft zu einem großen Teil auch für qualitative Interviews zu, die als eigene Untergruppe zu betrachten sind. Allerdings bestehen auch einige Besonderheiten, weshalb hierauf im folgenden näher eingegangen wird. Lediglich erwähnt seien einige andere spezielle Formen des Interviews, wie das Gruppeninterview, das telefonische Interview, Interviews mit eingefügten Rollenspielen (vgl. Stanton, Back&Litwak 1956) oder "Realkontakt-Befragungen" (vgl. Kreutz 1972).

2.2.1 Qualitative Expertengespräche

Alle Formen der mündlichen Befragung, die mit nicht-standardisierten Fragen und einem geringen Maß an Strukturierung der Frageanordnung vorgehen, lassen sich zur Gruppe der qualitativen Interviews rechnen. Während in der quantitativen Sozialforschung die maximal mögliche Standardisierung von Fragebogen, Interviewerverhalten und Erhebungssituation als Tugend gelten, wird dieser Forschungsstrategie in der qualitativen Sozialforschung mit erheblichem Mißtrauen begegnet. Qualitative Interviews werden eingesetzt, weil sie eine weniger künstliche Gesprächssituation schaffen und vor allem eine größere Offenheit für den Befragten bieten. Wo in der quantitativen Befragung "das Interview...quasi durch die Perspektive des Forschers dominiert wird" (Diekmann 1996) ermöglicht das qualitative Interview in Anlehnung an ein Alltagsgespräch Einblick in Inhalte, die ausserhalb eines engen Fragerasters und vorgegebener Antwortkategorien liegen. Typischerweise arbeitet man hierbei mit wesentlich kleineren Stichproben, als in der quantitativen Forschung. Dafür versucht man aber, stärker in die Tiefe zu gehen und das gewonnene Material intensiver auszuwerten. Es sind im wesentlichen die folgenden Anforderungen an die Datenerhebung, die für die qualitative Sozialforschung betont werden (vgl. z.B. Hopf 1979, Spöhring 1989, Mayring 1993): Subjektbezogenheit, Offenheit bezüglich der Fragen, Antworten und Methoden und Untersuchung in alltäglichen Situationen. Hauptsächlich eingesetzt werden qualitative Interviews in explorativen Studien zur Entwicklung von Typologien, Kategoriensystemen und zur Generierung von Forschungshypothesen im Sinne einer "systematischen Ausweitung vorwissenschaftlichen Verständnisses" (Scheuch 1967). Mit

diesem Ziel werden sie auch in dieser Studie eingesetzt. Die qualitative Sozialforschung betrachtet diese Methode darüberhinaus auch als der quantitativen Forschung gleichwertige alternative Methode zur Prüfung von Forschungshypothesen. Allerdings existiert eine qualitative Methodenforschung erst in Ansätzen (vgl. z.B. Meuser/Nagel 1991), was umso bedauerlicher ist, da qualitative Methoden durch systematische Verzerrungen "genauso, wenn nicht unter Umständen sogar stärker belastet sind", als quantitative (Diekmann 1996).

Auch das qualitative Interview hat verschiedene Ausgestaltungsformen. Das auf Schütze (1977) zurückgehende "narrative Interview" läßt nach einer einleitenden Themenstellung dem Erzählfluss des Befragten freien Lauf. Durch die "Zugzwänge" der Erzählung ergibt sich automatisch eine gewisse Strukturierung. Etwas strukturierter ist das "problemzentrierte Interview" nach Witzel (1982), in dem der Interviewer während der Erzählphase situationsangepasste Fragen aus einem Leitfaden stellt, allerdings möglichst ohne die Erzähllogik des Befragten zu beeinträchtigen.

In der vorliegenden Untersuchung kommt das offene leitfadenorientierte oder auch fokussierte Interview zum Einsatz. Merton, Fiske und Kendall haben diese Technik ("focused interview") 1952 zum ersten mal beschrieben. In einem halbstrukturierten Interview werden entlang eines vorher erarbeiteten Leitfadens offene Fragen gestellt. Der Leitfaden dient u.a. dem Zweck, daß im Interview möglichst alle relevanten Aspekte und Themen angesprochen werden und damit eine gewisse Vergleichbarkeit der Antwortreaktionen verschiedener Befragter ermöglicht wird. Die Reihenfolge und auch die Formulierung der Fragen sollte aber dem Erzählfluß angepaßt werden um den Gesprächsverlauf nicht zu stark zu kanalisieren. Durch den größeren Spielraum bzgl. der Formulierung und Anordnung der Fragen und der Möglichkeit Nachfragen zu stellen kann der Interviewer besser auf den Befragten eingehen. Diese Methode setzt aber fast immer Vorkenntnisse über den Befragten und seine Lebensbedingungen bzw. seine Beziehung zum Gegenstand der Untersuchung voraus. Sie erfordert in sehr viel stärkerem Maße die Einwilligung des Befragten auf der Basis eingehender Information über das Ziel des Interviews als bei standardisierten Interviews. Auch die Auswertung der Interviews erfordert besondere Beachtung. Die oft sehr umfangreichen Interviews werden transkribiert und mit Blick auf die Relevanz für die Forschungsfragen paraphrasiert.

Der Zeitaufwand ist wie für alle qualitativen Interviews sehr hoch. Aus zeitlich-finanziellen Gründen und wegen des zumeist explorativen Charakters der Untersuchung werden meist nur wenige Gespräche geführt.

Da es das Ziel der vorliegenden Arbeit ist, einen größtmöglichen Erkenntnisgewinn über die Abläufe und Bedingungen in der stationären Kurzzeittherapie und die Anforderungen und

Einstellungen der beteiligten Akteure zu erlangen, bei geringen Anforderungen an die Repräsentativität, wurde die Methode des offenen leitfadensorientierten Interviews gewählt. Als weitere Untergruppe hiervon verstehen Meuser und Nagel (1991) "ExpertInneninterviews", die vor allem durch die Auswahl der Zielgruppe definiert sind. Befragt wird, "wer in irgendeiner Weise Verantwortung trägt für den Entwurf, die Implementierung oder die Kontrolle einer Problemlösung oder wer über einen privilegierten Zugang zu Informationen über Personengruppen oder Entscheidungsprozesse verfügt" (ebd.). Die Befragung der Krankenhausesperten, der niedergelassenen Ärzte, aber auch der Kurzzeitpatienten, die ja ebenfalls einen privilegierten Informationszugang zum Forschungsgebiet haben, kann in diesem Sinne auch als "ExpertInneninterview" bezeichnet werden.

2.2.2 Durchführung, Ablauf und Auswertung: Krankenhausesperten

Von den drei durchgeführten qualitativen Vorstudien waren die Gespräche mit den Krankenhausesperten am umfangreichsten. Die halbstandardisierten Interviews wurden von Februar bis Mai 1997 entlang eines fünfseitigen Gesprächsleitfadens geführt und dauerten 1 bis 3 Stunden (mittlere Dauer: 1 3/4 Stunde). Wir befragten 12 Krankenhausesperten in 8 Gesprächen, die zumeist an ihrer Arbeitsstelle stattfanden (2 Gespräche führten wir im Institut für Medizin-Soziologie der Universität Hamburg). Die Interviews wurden mit einem Tonbandgerät aufgezeichnet und später transkribiert und ausgewertet. Ein Gespräch floß als Gesprächsmitschrift in die Auswertung ein, weil der Interviewpartner uns bei einem Verzicht auf eine Aufnahme interne Informationen in Aussicht stellte.

Während ein Gespräch wegen seiner Fülle an relevanten Informationen im Wortlaut transkribiert wurde, enthalten die anderen Transkripte Paraphrasierungen in Abschnitten, die für die Fragestellungen der Arbeit weniger zentral waren. Die Ergebnisse aller Interviews wurden anschließend zusammengeführt. Dabei wurden die Antworten auf einzelne Fragen themenbezogen für jeweils jede einzelne Frage zusammengefasst. Die Antworten auf inhaltlich breiter angelegte Fragen wurden zum Teil in mehrere Abschnitte aufgeteilt. In einigen Fällen, wo dies die Antworten der Interviewten nahelegten wurden einzelne Fragen zusammengefasst. Passagen, die von besonderer Bedeutung für Fragestellungen innerhalb des Forschungsgebiets waren oder denen die Interviewten besondere Bedeutung beigemessen haben, wurden im Original übernommen und als Zitat kenntlich gemacht. Sie sind mit dem Kürzel "KE" für Krankenhausesperten und einer fortlaufenden Nummer versehen, die in der zeitlichen Reihenfolge der Interviews vergeben wurde. Die Auffindung der jeweiligen Passage in den vollständigen Interviewtranskripten wird so bei gesicherter Anonymität erleichtert und die Zusammenschau der

Aussagen eines Experten zu verschiedenen Themenkomplexen liefert möglicherweise zusätzliche Informationen. Dementsprechend sind auch die Interviewpartner der Gespräche mit den niedergelassenen Ärzten ("NÄ") und den Patienten ("PA") verschlüsselt.

Neben 6 Einzelgesprächen fanden ein Gespräch mit 2 und eines mit 4 Experten statt, die jeweils von 2 oder 3 Interviewern geführt wurden. Die Krankenhausexperten kamen aus den Bereichen: Gesundheitsbehörden (2), Krankenhausverwaltung (4), Krankenhausdirektorium (4), Leitende Ärzte (2). Alle befragten Experten beschäftigen sich mit Kurzzeittherapie und dem generellen Trend zu Liegezeitverkürzung sowie seinen Ursachen und Auswirkungen. Ihre Auswahl ergab sich aus bereits länger bestehenden Kontakten und den Hinweisen von Experten während der ersten Interviews.

2.2.3 Durchführung, Ablauf und Auswertung: Patienten

Im Rahmen einer viertägigen Kurzfamulatur in einem chirurgischen Kurzzeittherapiezentrum eines großen Hamburger Krankenhauses wurden 17 Gespräche mit Patienten dieser Abteilung geführt. Davon sind aufgrund eines technischen Defekts nur 15 Interviews mit dem Tonband aufgezeichnet worden. Die anderen beiden fließen aus dem Gedächtnis mit in die Auswertung ein. Die Auswertung erfolgte wie bei den Interviews mit den Krankenhausexperten. Allerdings erschien es hier aufgrund der deutlich kompakteren Antworten in einigen Teilen ausreichend die angesprochenen Themen in Schlagworten zusammenzufassen. Zitate wurden mit dem Kürzel "PA" und einer fortlaufenden Numerierung versehen.

Die Gespräche teilen sich auf in: 7 Interviews, die mit noch stationär aufgenommenen Patienten größtenteils im Krankenzimmer geführt wurden, 9 Interviews, die nach dem Besuch der poststationären Sprechstunde geführt wurden, wobei 4 der Patienten bereits zum zweiten mal oder öfter vorstellig wurden und einem Interview, das nach dem Besuch der prästationären Sprechstunde geführt wurde. Die Interviews nach dem Besuch der Sprechstunde wurden im Behandlungszimmer durchgeführt. Der Altersschwerpunkt der Befragten von 50-60 Jahren entspricht dem Patientendurchschnitt auf der Abteilung. Zusätzliche Erkenntnisse, die im Rahmen der Famulatur im Sinne einer teilnehmenden Beobachtung gewonnen wurden, sind in die Gesamtstudie mit eingeflossen.

2.2.4 Durchführung, Ablauf und Auswertung: Niedergelassene Ärzte

Aufgrund der räumlichen Verteilung der einzelnen Praxen und vor allem der zeitlichen Überlastung der meisten niedergelassenen Ärzte haben wir uns dazu entschlossen, die Interviews mit dieser Untersuchungsgruppe telefonisch durchzuführen. Über unsere Kooperationspartner im Kurzzeittherapiezentrum eines großen Hamburger Krankenhauses und in dem Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung, wo der Pretest des Fragebogens durchgeführt wird, haben wir Adressen von niedergelassenen Haus- und Fachärzten bekommen, die besonders häufig Patienten zur Kurzzeittherapie einweisen. Mit 11 von 36 kontaktierten Ärzten kam ein Interview in der Länge von 4 -15 min. zustande, das mit Tonbandgerät und Telefonadapter mitgeschnitten und anschließend, teilweise paraphrasiert, transkribiert wurde. Wie in den vorherigen Interviews wurden die Antworten der verschiedenen Gesprächspartner zusammenfassend für jede einzelne Frage dargestellt. Dabei galt die besondere Beachtung den, im Hinblick auf die Fragestellung der Arbeit, zentralen Interviewabschnitten. Auch hier wurden Zitate mit einem Kürzel (NÄ) und fortlaufender Numerierung versehen.

Während der Interviews hatten die Befragten einen zweiseitigen Gesprächsleitfaden vorliegen, der ihnen nach ihrer Zusage im telefonischen Vorgespräch einige Tage vor dem Interviewtermin zugeschickt worden war. Der Leitfaden wurde zusammen mit einem Anschreiben verschickt, in dem nochmals die Hintergründe und Ziele der Befragung erläutert wurden. Einer der 11 Ärzte hat sich statt des telefonischen Interviews schriftlich geäußert. Die 2 Ärztinnen und 9 Ärzte gliedern sich nach Fachrichtungen wie folgt auf: 1 Proktologe, 3 Kardiologen, 4 Pulmologen, 2 Hausärzte (1 Praktische Ärztin/1 Internist), 1 Chirurg. Von den 36 kontaktierten Ärzten gehörten 16 zu den Einweisern in das Kurzzeittherapiezentrum (davon sind 5 Interviews zustande gekommen) und 20 zu den Haupteinweisern für Kurzzeittherapie in dem Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung (6 Interviews). Die Nichtantworter können nicht näher charakterisiert werden, was das Untersuchungsergebnis aber nicht beeinträchtigt, da keine Repräsentativität angestrebt wurde.

2.3 Probleme und Grenzen der Vorstudien

Krankenhausexperten

Die meisten Gespräche mit den Krankenhausexperten fanden in ihrem jeweiligen Arbeitsumfeld statt. Auch wenn in keinem der Gespräche Dritte anwesend waren, läßt sich vermuten, daß Loyalität gegenüber dem Arbeitgeber in einigen Interviews die Antworten der Befragten beeinflusst hat. Die unmittelbare Nähe zum Arbeitsplatz und die Tatsache, daß in zwei der Interviews mehrere Gesprächsteilnehmer mit unterschiedlicher Stellung in der jeweiligen Hierarchie befragt wurden kann diese Tendenz verstärkt haben. Vor allem gilt dies für die Interviews, die im Krankenhaus geführt wurden, besonders im Hinblick auf das Thema Abrechnung der erbrachten Leistung, bei dem sich viele Krankenhäuser in einer rechtlichen Grauzone bewegen. Am deutlichsten äußerte sich zu diesem Themenkomplex dann auch ein Direktor einer Krankenhausgruppe, der für seine Offenheit das Abschalten des Aufnahmемikrofons zur Bedingung machte. In zwei Interviews konnten die Befragten weniger nützliche Angaben für den Forschungsgegenstand machen, als erwartet, weil sie nur mit einem engen Teilbereich des Themas befaßt waren. Hier mußte der Gesprächsleitfaden relativ schnell verlassen werden. Allerdings läßt sich dieses Problem auch bei einer guten Auswahl der Interviewpartner nicht ganz vermeiden. Dafür erbrachten drei andere Interviews den überwiegenden Hauptteil der Information.

Patienten

Die Interviews mit den stationären Patienten fanden im Krankenzimmer, die mit den ambulanten nach der Sprechstunde im Behandlungszimmer statt. Obwohl ich mich und unser Forschungsprojekt vor jedem Gespräch kurz vorgestellt habe, wobei ich Wert darauf legte, meine Unabhängigkeit von dem Krankenhaus in dem die Interviews durchgeführt wurden hervorzuheben, ordneten mich die meisten Gesprächspartner automatisch dem ärztlichen Team zu, was sich in einigen Gesprächen auch durch raumfordernde Berichte der eigenen Krankheitsgeschichte ausdrückte. Begünstigt wurde diese Einschätzung durch meine ärztliche Bekittlung und die Tatsache, daß ich bei einigen Patienten bereits während der eigentlichen Sprechstunde mitanwesend war. Hier ist zu befürchten, daß durch Antworten im Sinne der "sozialen Erwünschtheit" eine Verzerrung der Ergebnisse vorliegt. Bei den Interviews im Krankenzimmer ist dies möglicherweise durch die Anwesenheit von Zimmernachbarn verstärkt.

Dieser Punkt reicht aber sicher nicht aus, um die Zurückhaltung der Befragten bei der Nennung negativer Merkmale zu erklären. Bei der Mehrzahl der interviewten Patienten war eine positive Antworttendenz zu verzeichnen. So ähnelten viele Antworten auf konkrete Fragen zum jetzigen Krankenhausaufenthalt im Tenor der Antwort des ersten Patienten ("Alles war gut. Die Behandlung war gut. Der Kaffee war gut. Kommt nur noch darauf an, wie das Mittagessen wird.", PA 1 zu Frage 1.2). Fast alle Patienten gaben an, daß ihre Erwartungen erfüllt wurden. Negative Punkte wurden oft als "normal" hingenommen und nicht näher hinterfragt. Als besonders positiv tauchten oft Punkte auf, die auch als selbstverständlich angesehen werden können, aber während vorheriger Krankenhausaufenthalte von den betreffenden Patienten vermißt oder als negativ erlebt wurden. Ähnliche Erfahrungen hatte auch einer der befragten Experten gemacht, der im Interview das Hauptproblem bei den Befragungen von Patienten in ihrer "mangelnden Mündigkeit" sah.

Darüberhinaus war es überraschend, daß trotz des Modellcharakters der Abteilung und darauf ausgerichteter Werbung nur 3 der 17 befragten Patienten vor ihrer Aufnahme von dem Kurzzeittherapiecharakter der Abteilung wußten.

Niedergelassene Ärzte

Von den drei durchgeführten qualitativen Vorstudien war die Befragung der Niedergelassenen Ärzte mit Abstand die anstrengendste und zeitaufwendigste. Die Gespräche wurden vom Institut für Medizin-Soziologie aus geführt. Die Ärzte wurden in ihrer Praxis zum vereinbarten Termin (meist um die Mittagszeit oder nach Praxisschluss) angerufen, bis auf ein Gespräch, das betreffender Arzt von seiner Privatwohnung aus geführt hat. Zur Durchführung der 11 maximal 15-minütigen Interviews waren zweieinhalb Wochen nötig. Das lag zum einen an der schlechten telefonischen Erreichbarkeit der Ärzte und zum anderen an ihrer generellen Arbeitsüberlastung und ihrem geringen Interesse gegenüber dem Forschungsgegenstand. Außerdem waren zum Befragungszeitpunkt Sommerferien, deshalb etliche Praxen geschlossen und die Bereitschaft zur Interviewteilnahme wurde nicht materiell entlohnt, im Gegensatz zu den meisten anderen (kommerziellen) Untersuchungen dieser Zielgruppe.

Die schwierigste Hürde stellten allerdings die Sprechstundenhilfen dar, die ihre Arbeitgeber nachdrücklich abschirmten, um sie vor zusätzlichem Arbeitsaufwand zu beschützen. Den 36 Telefonaten, in denen es zu einem Arztkontakt kam, wovon dann 11 Interviews zustandekamen, steht die gleiche Menge an Telefonaten gegenüber, in denen diese Hürde nicht genommen werden konnte. Entweder befand sich der Arzt in einer Untersuchung/Hausbesuch oder der Anruf

erfolgte außerhalb der Sprechzeiten ect.. Meist wiederholte sich der Vorgang auch bei einem erneuten Anruf zu einem vereinbarten besseren Zeitpunkt. Besserung und damit zumindest ein rascheres telefonisches Durchstellen zum betreffenden Arzt konnte erreicht werden durch Nachahmung des Sprachduktus eines etwaig weiter- oder vorbehandelnden Kollegen, kombiniert mit dem Kürzel "UKE", der Abkürzung für das Universitätskrankenhaus.

Die meisten Absagen wurden mit dem großen Zeitdruck in der Praxis begründet. Daneben wurden der fehlende finanzielle Anreiz, generelles Mißtrauen in die Forschung, ein zu eingeschränktes Patientengut aufgrund einer Spezialpraxis und generelles Desinteresse angeführt. Ungefähr in der Hälfte der Fälle, in denen es nicht zu einem Interview gekommen ist gab es allerdings keine klare Absage. Die Anfrage wurde "ausgesessen", indem jeder Anruf mit einem neuen Vorschlag für einen besseren Zeitpunkt endete.

Die Responderrate von 30.6% der telefonisch persönlich angesprochenen Ärzte ist vergleichbar mit der ähnlicher schriftlich durchgeführter Studien²².

²² Braun&Schmutte führten 1993 und 1994 zwei schriftliche anonyme Vollerhebungen in Wiesbaden durch. Der Rücklauf betrug 30.57% und 27% (Braun&Schmutte 1994, 1996, zit. nach Meier/Patt 1998). Meier und Patt führten 1997 eine Befragung von zuweisenden Ärzten eines ISO 9001 zertifizierten Krankenhauses in Berlin durch mit einem Rücklauf (bei einer telefonischen Nachfabaktion) von 35,06% (ebd.).

2.4 Zusammenfassung

Ziel der Arbeit ist der größtmögliche Erkenntnisgewinn über den Entwicklungsstand ,den organisatorisch-strukturellen Ablauf, die Verbreitung, sowie die ökonomischen, medizintechnischen und gesetzgeberischen Hintergründe von Kurzzeittherapie im Krankenhaus. Den existierenden bzw. zu erwartenden speziellen Qualitätsprobleme oder besonderen Anforderungen an die Versorgungsqualität aus den Perspektiven der verschiedenen Beteiligten gilt dabei das Hauptinteresse. Dieses Wissen ist notwendig für die Entwicklung eines Fragebogens zur Messung der Patientenzufriedenheit von stationären Kurzzeitpatienten im Rahmen eines Forschungsprojekts des NFVPH.

Die Methode des qualitativen Expertengesprächs bietet sich hier zur "systematischen Ausweitung vorwissenschaftlichen Verständnisses" an (Scheuch 1967). Die Interviews wurden halbstandardisiert anhand von offenen Gesprächsleitfäden geführt und aufgezeichnet. Bei der Transkription wurden die, für die Fragestellung weniger zentralen Passagen paraphrasiert und zum Teil zusammengefasst. In einem zweiten Schritt wurden die Antworten der verschiedenen Gesprächspartner für jede Frage zusammengefasst und verdichtet, wobei wichtige Textstellen im Original zitiert werden. Es wurden folgende Interviews geführt:

- 12 Interviews mit Krankenhausexperten aus den Bereichen Gesundheitsbehörden, Krankenhausverwaltung und ärztlicher Leitung,
- 17 Interviews mit Patienten eines chirurgischen Kurzzeittherapiezentrum eines großen Hamburger Krankenhauses,
- 11 telefonische Interviews mit niedergelassenen Ärzten, die besonders häufig Patienten zur Kurzzeittherapie im Krankenhaus einweisen.

Um einen Überblick über die quantitative Bedeutung von Kurzzeittherapie im Krankenhaus und ihre Aufteilung auf die verschiedenen Häuser, Fachrichtungen und Diagnosen oder Behandlungsanlässen zu bekommen, wurde darüberhinaus eine Sekundäranalyse der Hamburger Krankenhausstatistik durchgeführt. In Zusammenarbeit mit der Hamburger Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales konnten die Daten der Krankenhausstatistik über einen Zeitraum von vier Jahren daraufhin untersucht werden.

3 ERGEBNIS

Die Ergebnisse der qualitativen Interviews mit den Krankenhausexperten, Patienten und niedergelassenen Ärzten werden jeweils in einem eigenen Kapitel vorgestellt. Dabei wird dem ersten Abschnitt der Interviews mit den Krankenhausexperten, der sich mit Definitionen und wirtschaftlichen, sozialrechtlichen und medizin-technischen Hintergründen von Kurzzeittherapie befasst, ein eigenes Kapitel zugestanden. Dies erscheint sinnvoll, da er der umfangreichste ist und hier die wesentlichen, für das Hintergrundverständnis notwendigen Informationen zusammengetragen werden. Ansonsten sind die Ergebnisse in der Reihenfolge der einzelnen Fragen der Gesprächsleitfäden dargestellt, wobei diese der Zusammenfassung der dort genannten Antworten vorangestellt sind. Wo möglich, wurden die Ergebnisse aus Gründen der besseren Lesbarkeit in durchgehenden Texten gekleidet. Bei den Interviews mit den Patienten war dies aufgrund der Kürze der einzelnen Antworten nicht möglich. Ausserdem wurden längere Antwortsequenzen in mehrere Abschnitte unterteilt, die sich inhaltlich oder aus der Fragestellung heraus anboten. Textstellen, denen aus der Sicht des Autors oder des jeweiligen Interviewpartners besondere Bedeutung zukommt oder die exemplarisch für eine bestimmte Meinung sind, wurden im Original zitiert.

Die Ergebnisse der Sekundäranalyse der Hamburger Krankenhausstatistik sind anhand von 8 Graphiken dargestellt, verbunden mit näheren Beschreibungen und Deutungsversuchen der aufgezeigten Daten.

Der Ergebnisteil enthält darüberhinaus möglichst wenig Kommentierungen. Diese, sowie abschließende Bilanzierungen sind der Diskussion vorbehalten.

3.1 Beschreibung des Untersuchungsbereichs

Aufgrund der medizinischen Weiterentwicklungen und vor allem der Änderung der Bundespflegesatzverordnung 1995, die dem Gesundheitsstrukturgesetz folgte, haben sich neue Möglichkeiten für die stationäre Patientenversorgung ergeben. Die Kurzzeittherapie hält Einzug in die Krankenhäuser. Nachdem die neuen Abrechnungsformen anfänglich nur von wenigen flexiblen Krankenhäusern genutzt wurden sind sie inzwischen längst nicht mehr nur Sache von einigen Vorreitern. Die Kurzzeittherapie, d.h. vor allem die zügige Durchführung fallpauschalierter Behandlungen ist fester Bestandteil der Angebotspalette vieler Kliniken geworden. Um die wirtschaftlichen Möglichkeiten dieser neuen Behandlungsform voll auszunutzen müssen zwei Bedingungen erfüllt sein. Zum einen eignen sich zur Kurzzeittherapie

vor allem Behandlungen, die gut planbar in großer Zahl an sonst möglichst gesunden Patienten vorgenommen werden können und somit ein Maximum an Standardisierbarkeit bieten. Zum anderen müssen die organisatorischen, räumlichen und personellen Voraussetzungen gegeben sein, um die Durchführung der Kurzzeittherapie mit einem Minimum an Beeinflussung durch den Restbetrieb des jeweiligen Krankenhauses zu gewährleisten.

Diese beiden Bedingungen sind am besten in den operativen Fächern zu gewährleisten. Und hier am besten indem eine eigene Funktionseinheit geschaffen wird.

Seit 1994 sind in Hamburg mehrere solcher spezieller Kurzzeittherapieeinrichtungen eingerichtet worden. Sie firmieren als Kurzzeittherapiestation und -zentrum oder als ambulante Tagesklinik. Der Behandlungsablauf in dem ersten interdisziplinären (de facto vor allem chirurgischen) Kurzzeittherapiezentrum, das in Hamburg im September 1994 eröffnet wurde und auch bundesweit Modellcharakter hatte ist im folgenden kurz dargestellt. Viele der nachfolgenden Krankenhäuser haben sich hieran orientiert.

Ablauforganisation in einem Kurzzeittherapiezentrum

Eine bestehende 34-Betten-Station wurde auf zwölf Betten verkleinert und dafür mit Untersuchungs- und Funktionsräumen, sowie zwei Aufenthaltsräumen für Patienten und einer großzügigen Anmeldung versehen. Ausstattung des Patientenbereichs und Serviceleistungen haben Hotelcharakter. Die von ihrem Hausarzt angemeldeten Patienten kommen zur prästationären Sprechstunde zur Indikationssicherung, OP-Planung und Untersuchung durch den Anästhesisten, wobei die jeweils benötigten Voruntersuchungen bereits vom niedergelassenen Arzt durchgeführt worden sind. Einige Tage bis Wochen später kommen sie am Morgen des Operationstags in das Kurzzeittherapiezentrum, wo nach Operationsvorbereitung und kurzer Untersuchung in einem von zweien, für das Zentrum reservierten Operationssälen der Eingriff vorgenommen wird. Nach einem bis maximal fünf Tagen (die Abteilung ist am Wochenende geschlossen) wird der Patient entlassen und erscheint zum verabredeten Termin in der poststationären Sprechstunde zur Kontrolle des postoperativen Verlaufs insbesondere der Wundheilung. Sollte eine weitere Behandlung erforderlich sein, kann der Patient entweder erneut die poststationäre Sprechstunde aufsuchen oder seinen niedergelassenen Arzt. Das multiprofessionelle Personalkonzept umfasst neben drei zuständigen Ärzten und dem Pflegepersonal, das die Patienten in Bezugspflege betreut, eine Hauswirtschaftskraft, die die sogenannten "Hotelleistungen" erbringt und zwei Arzthelferinnen, die für Organisation und Verwaltung zuständig sind. Gemeinsam mit den Ärzten nutzen sie dabei ein umfassendes EDV-

Netzwerk, mit dem die Patientenakten geführt werden, die OP-Termine vergeben und die Arztbriefe erstellt werden.

"Das Ziel, die Vorteile einer kleinen Privatklinik mit den Vorteilen eines großen leistungsstarken Krankenhauses zu verknüpfen, konnte realisiert werden" urteilt einer der Väter des Zentrums (Niebuhr et al. 1995).

Vergleichbare Abteilungen, die sich auf Leistungen spezialisiert haben, die über Fallpauschalen abgerechnet werden, sind vor allem in den Fachgebieten Chirurgie, Urologie und Gynäkologie eröffnet worden. Das ambulante Operieren ist dagegen für die Krankenhäuser wirtschaftlich eher uninteressant (siehe Abschnitt "ambulantes Operieren", Seite 70). Es gibt aber auch hier lukrative Bereiche, wie z.B. die Eröffnung einer ambulanten Tagesklinik für Augenheilkunde (v.a. Katarakt-Operationen), der tagesklinische Zweig einer Fachklinik für Handchirurgie und die Planung einer onkologischen Tagesklinik zeigen. Natürlich nutzen auch die anderen Krankenhäuser die neuen Abrechnungsformen indem sie bei einigen Behandlungen mit verkürzten Liegezeiten Gewinne erwirtschaften. Die volle Ausnutzung der Kurzzeittherapie erfordert aber die beschriebene Spezialisierung einer Abteilung.

Kurzzeittherapie in Bewegung

Aufgrund ihrer zentralen Bedeutung für die Entwicklung des Fragebogens zur Zufriedenheit von Kurzzeitpatienten werden die Ergebnisse des ersten Komplexes der leitfadensorientierten Interviews mit den Krankenhausexperten bereits an dieser Stelle dargestellt. Unter der Überschrift "Begriff und Untergruppen" wurden dort fünf Fragen zur Definition der Kurzzeittherapie und der mit ihr verbundenen sozialrechtlichen Begriffe, sowie den unterschiedlichen Abrechnungsmodi, den wichtigsten medizinischen Fachrichtungen/Diagnosegruppen und der quantitativen Entwicklung in diesem Bereich gestellt. Dabei zeigten die unterschiedlichen und sich teilweise widersprechenden Aussagen in den Expertengesprächen, wie groß die Bandbreite dessen ist, was sich hinter dem Schlagwort "Kurzzeittherapie" verbirgt und wie sehr diese Behandlungsform in Bewegung ist. Es wurde deutlich, wie uneinheitlich die meisten Begriffe gebraucht werden und wie wenig Zahlen und allgemeinverbindliche Definitionen es erst gibt.

Da sie für die tägliche Patientenversorgung nur wenig Bedeutung haben, konnten die genaueren Angaben hierzu von den Befragten gemacht werden, die sich unter anderem mit Abrechnungsfragen oder landes- und bundesweiten Trends beschäftigen. Die Ergebnisse einer

Medien- und Literaturanalyse zum Thema "Kurzzeittherapie" sind wo es sinnvoll erschien ergänzend mit eingeflossen.

Den Antworten der Krankenhausesperten sind die jeweiligen Fragen des Interviewleitfadens vorangestellt. Zur besseren Übersicht sind alle drei Leitfäden, die bei den qualitativen Interviews benutzt wurden im Anhang zusammenhängend aufgeführt.

Ergebnis des ersten Abschnitts der Interviews mit den Krankenhausesperten: Begriff und Untergruppen der Kurzzeitpatienten

In diesem ersten Abschnitt der leitfadenorientierten Interviews mit den Krankenhausesperten wurde nach allgemeinen und sozialrechtlichen Definitionen sowie den verschiedenen Wegen der Leistungsvergütung im Bereich der Kurzzeittherapie gefragt. Es sollte herausgefunden werden, welche Fachrichtungen und Behandlungsanlässe hier führend sind und welche wirtschaftlichen und medizintechnischen Entwicklungen dem zugrunde liegen.

Frage 1.1: Was ist Ihr Alltagsverständnis von sog. "Kurzzeit-Patienten" bzw. "Kurzzeit-Liegern"? Wie sind sie zu charakterisieren? An welche Diagnosegruppen und medizinische Fachrichtungen denken Sie dabei?

Bei der Suche nach einer Definition für den Begriff "Kurzzeittherapie" ergab sich aus den Antworten eine Bandbreite der Therapiedauer von 15 Minuten bis 5 Tagen.

"Das kurzzeitliche Behandeln ist auch weiterhin nicht sozialrechtlich definiert. Es taucht in der derzeit gültigen Fassung der Bundespflegesatzverordnung nicht auf. Generell hat sich im Krankenhaus durchgesetzt, alle Patienten, mit maximal 2 Übernachtungen als Kurzzeitpatienten zu betrachten." (KE 5). Diese Sichtweise folgt der Definition von "Kurzliegern" aus der offiziellen Krankenhausstatistik von Bund und Ländern und taucht in 3 Gesprächen auf. Neben dieser allgemeinen, der Statistik entlehnten Definition haben die meisten Experten aber eigene "private" Definitionen, die sich an der Alltagspraxis bei der Ausübung von oder dem Umgang mit Kurzzeittherapie oder der jeweiligen Abrechnungsweise in ihrem Krankenhaus oder ihrer Abteilung orientieren und der Sprachregelung in dem jeweiligen Bereich entsprechen.

Drei, sich teilweise widersprechende Gruppen lassen sich abgrenzen:

1. "In unserem Haus gelten nur solche Patienten als Kurzzeitpatienten, die innerhalb von 24

Stunden bzw. gar nicht erst stationär aufgenommen werden, beispielweise nur einen Ruheraum benötigen" (KE 4, ähnlich KE 8).

2. "Fallpauschalenpatienten, die man innerhalb von 5 Tagen vollstationär behandeln kann" (KE 6). Zusätzlich müsse die Aufnahme am Eingriffstag erfolgen und mindestens eine Übernachtung gegeben sein meint KE 3, der sehr vehement ambulante Behandlung von dieser Definition ausschließt.
3. "Ambulant behandelte Patienten (15 min. bis 4 St.)" bis "Patienten, die zur Behebung eines kurzen Problems aufgenommen werden (1-2 Tage)" versteht KE 7 darunter.

Wie folgt äußern sich zwei der befragten Krankenhausexperten über eine reine Definition und Unterteilung hinausgehend zur Kurzzeittherapie:

"Mein Bild von Kurzzeitpatienten entspricht dem eines Zwitterwesens, für dessen Behandlung die ärztlich-praktische Einübung fehlt und das dennoch schnell und pflegeleicht versorgt werden soll". So drückt KE 2 sein Mißtrauen aus, während KE 3 das Vermengen der Begriffe Kurzzeittherapie und ambulante Therapie kritisiert, was "von den Politikern und Nicht-Experten im Gesundheitswesen permanent in den Diskussionen ... um die Kostenerstattung über irgendwelche Ziffern " geschieht.

Die einzelnen Diagnosegruppen und medizinischen Fachrichtungen, die hier genannt wurden, sind in Tabelle 4 unter Frage 1.4 zusammengefasst.

Frage 1.2: Sind die sozialrechtlichen Einteilungen in

- > ambulant Operierte*
- > vor- und nachstationär Behandelte, "teilstationäre" (älterer Begriff)*
- > stationäre Kurzzeit-Patienten*
- > Tagespatienten, Stundenfälle (§9-Patienten)*

sinnvoll und was bedeuten sie genau?

Wie wären sozialrechtlich relevante Abgrenzungen oder für Statistiken gebräuchliche Abgrenzungen von anderen Patienten (insbesondere der letztgenannten Gruppen) am besten zu operationalisieren?

Frage 1.3: Wie sieht es mit der Finanzierung und den Betriebskosten für diese Gruppen aus?

Gibt es verschiedene Abrechnungsmodi (z.B. Fallpauschalen, Sonderentgelte, getrenntes Budget)?

Die Antworten auf die beiden Fragen werden unter den in Frage 1.2 genannten Kategorien zusammengefasst wiedergegeben.

"Tagespatienten", **"Stundenfälle"** und **"teilstationäre Patienten"** sind alte Begriffe, die für unsere Untersuchungsgruppe nur eine untergeordnete Rolle spielen. "Tagespatienten" und "Stundenfälle" bezeichnen Patienten, die nicht länger als 12 Stunden stationär aufgenommen sind und für die das Krankenhaus einen Pfllegetag berechnet. Gleichbedeutend ist die heute nicht mehr gebräuchliche Bezeichnung §9-Patienten, die auf eine ältere Fassung der Bundespflegesatzverordnung zurückgeht (KE 5). Der Begriff "teilstationär" ist gleichbedeutend mit "tagesklinisch" und ist ebenfalls ein schon lange vor dem GSG eingeführter Begriff, der meist eine Langzeithherapie benennt, bei der die Patienten zuhause schlafen, aber täglich zur Behandlung in die jeweilige Einrichtung kommen (z.B. Psychiatrie, Geriatrie, physikalische Therapie).

Die folgenden Begriffe sind im Rahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes neu aufgetaucht und benennen zum Teil aufgrund der Gesetze neu entstandene Behandlungsformen bzw. Organisationsabläufe. "Ambulantes Operieren" ist allerdings oft nur " ein neuer verwaltungs- und abrechnungstechnischer Begriff für alte Behandlungsmethoden"(KE 2).

Die **"vor- und nachstationäre Behandlung"** bezeichnet die ein oder mehrmalige ambulante Behandlung im Krankenhaus, die der Diagnostik und Indikationsstellung bzw. der Nachbehandlung dient. Bei den zumeist chirurgischen Patienten wird das Gespräch mit dem Anästhesisten sowie die Aufklärung über den Eingriff und seine möglichen Folgen samt vorgeschriebener Dokumentation während der vorstationären Konsultation durchgeführt. Bis 1996 gab es für diese Behandlungsform eine gesonderte Pauschale zusätzlich zu der Fallpauschale für den stationären Aufenthalt. Seit 1.1.1997 sind die vor- und nachstationäre Behandlung in der Fallpauschale enthalten (KE 3,4,8). Sollte die prästationäre Untersuchung aber ergeben, daß keine operative Behandlung notwendig ist, wird dafür auch weiterhin eine Pauschale vergütet (KE 3). Dagegen erklärten andere Experten, daß die vorstationäre Behandlung unverändert abzurechnen sei, allerdings nur bei Patienten mit Einweisung durch den Hausarzt (KE 2) und daß es hierfür nach medizinischen Abteilungen gestaffelte Fallpauschalen gäbe (KE 5).

Die Krankenhausexperten waren sich einig, daß ein gut organisierter Ablauf von Behandlungsfällen, die mit Fallpauschalen oder Sonderentgelt abzurechnen sind bei

größtmöglicher Verkürzung der Liegezeit sehr lukrativ für das Krankenhaus sein kann. Allerdings gibt es einige räumlich-organisatorische und personelle Voraussetzungen, die erfüllt werden müssen, damit es nicht zu Störungen zwischen dem "normalen" Krankenhausbetrieb und der Kurzzeittherapie kommt:

- "Notwendig wären ansprechendes Ambiente und bauliche Verbesserungen bzgl. der Funktionalität. Meist gibt's allenfalls eine schlichte Poliklinik mit Eingriffsraum" (KE 2).
- "Weil bei uns kein OP-Tag so abläuft, wie er vorher geplant gewesen ist, müßten bei kurzzeitchirurgischen Behandlungen Notfälle rausgehalten werden, aber auch das ist wieder eine Investitionsfrage" (KE 4)
- "Bei uns wird der Kurzzeitbereich in den laufenden Betrieb integriert. Wir haben keinen extra Saal dafür zur Verfügung und unsere Personaldichte an Operateuren ist erheblich dünner als z.B. in ...(Kurzzeittherapiezentrum)" (KE 6.1).
- Trotz existierender Schwierigkeiten wird "von vorstationärer Diagnostik vermehrt Gebrauch gemacht als vertrauensbildende Maßnahme" (KE 2), um Patienten an sich zu binden. Bei der Ausweitung der poststationären Behandlung müsse man dagegen auch die Interessen der niedergelassenen Ärzte im Auge behalten, von deren Einweisungsverhalten das Überleben der einzelnen Krankenhäuser abhängt.

Mit dem GSG wurden 1993 auch die Voraussetzungen für "**ambulantes Operieren**" geschaffen. Das heißt: Eingriffe, nach denen der Patient noch am selben Tag wieder nachhause geht, können jetzt nach dem EBM mit den Krankenkassen abgerechnet werden.

Allerdings gibt es keine zusätzliche gesonderte Vergütung für diese Behandlungsform. "Die Ausgaben für das ambulante Operieren müßen die Krankenhäuser aus ihren Gesamtbudgets nehmen, die sie mit den Kassen ausgehandelt haben" (KE 5). Es sind also keine Mehreinnahmen dadurch möglich. Da die Kosten, die dem Krankenhaus bei der Durchführung ambulanter Operationen entstehen um ein Vielfaches höher sind, als die einer ambulant operierenden Praxis ("In ambulanten Praxen betragen die Material-Kosten teilweise nur ein Zehntel der entsprechenden Krankenhauskosten" (KE 2), sind "ambulante Operationen beim derzeitigen Abrechnungssystem für Krankenhäuser nicht interessant, sondern sogar absolut ökonomisch schädlich" (KE 3). "Für das Krankenhaus ist es immer lukrativer den Patienten nach einer ambulanten Operation eine Nacht dazubehalten und dann 2 vollstationäre Pflgetage abzurechnen" (KE 5) oder die entsprechende Fallpauschale.

Auch wollen viele Patienten lieber noch die Nacht nach dem Eingriff auf der Station bleiben aus Angst vor Schmerzen oder Komplikationen. "Von zehn Patienten, denen wir anbieten, daß sie

am selben Tag noch nach Hause können, sagen neun, sie bleiben die Nacht noch da und gehen morgen früh" (KE 3).

Das Bestreben eine "unheilvolle Konkurrenzsituation zu vermeiden...weil die ambulante Behandlung durch das Krankenhaus sich in den letzten Jahren immer mehr in den Bereich der Niedergelassenen verschoben hat." ist ein weiterer Grund für die Zurückhaltung der Krankenhäuser bei der Nutzung dieser neuen Behandlungsform (KE 6.1). Schließlich könnten die Niedergelassenen bei Einbrüchen in ihre Pfründe über ihr Einweisungsverhalten enormen Druck auf das jeweilige Krankenhaus ausüben.

Ähnlich wie bei der Spezialisierung auf Kurzzeitbehandlung bei chirurgischen Fallpauschalen ist ein wirtschaftliches Arbeiten beim ambulanten Operieren nur möglich, "wenn man in die Menge geht" und dann dabei möglicherweise unsauber arbeitet. "Ambulantes Operieren lohnt sich eigentlich nur für unlautere Anbieter" meint der zweite befragte Experte.

Das hat zur Folge, daß "im niedergelassenen Bereich bei Katarakten viel zu früh operiert wird" (KE 4). Auch bei den ambulant durchgeführten Arthroskopien hat es seit 1993 einen inflationären Anstieg bei den Niedergelassenen gegeben, während deren Zahl im Krankenhaus gleich geblieben ist (KE 2,4). Außerdem rechnen die Niedergelassenen so gut wie keine diagnostischen Arthroskopien ab, "weil sich immer irgendetwas findet, wo man noch einen Scherenschlag abrechnen kann." (KE 3).

Im Krankenhaus nimmt das ambulante Operieren aus den genannten Gründen einen verschwindend geringen Platz ein. Der Anteil ambulant operierter Patienten an der Gesamtmenge der Kurzzeitpatienten liegt "unter fünf Prozent...eher noch weniger" (KE 3). Obwohl ein Krankenhaus lediglich seine Absicht, ambulante Operationen durchzuführen bei GKV, KV und Zulassungsausschuß anmelden müßte um diese abrechnen zu können, verzichtete die Mehrheit der Hamburger Krankenhäuser bisher darauf.

Wo diese Möglichkeit doch genutzt wird, geschieht es meist aus Marketinggründen, wobei das Krankenhaus diese Serviceleistung als Investition betrachtet um Patienten an sich zu binden.

Auch die "Fallpauschalen-Kurzzeittherapie" wird von einigen Häusern (noch) nicht primär als Einnahmequelle, sondern als Werbungsausgabe angesehen.

"Die Kalkulation der Betriebskosten für diesen Bereich wird sehr unterschiedlich gehandhabt. Viele sehen diesen Bereich z.B. als Service für Patienten, wo sie nicht so genau gucken was das kostet, weil sie hoffen, darüber vollstationäre Patienten anzuwerben. Bei anderen ist das genau kalkuliert und sehr gewinnbringend." (KE 7/s.a.KE 6.2).

Frage 1.4 : Welche Untergruppen (z.B. Diagnose, Therapie, Pflegeform, Aufnahmegrund, evtl. auch nach Alter, Geschlecht) lassen sich sinnvoll unterscheiden (in allen 4 unter Frage 1.2. genannten Kategorien)?

Tab.4: Aufzählung der von den Experten genannten relevanten Untergruppen in der Kurzzeittherapie.

(Die Untergruppen im Bereich der stationären Kurzzeittherapie sind hier nach Innere Medizin und Chirurgie getrennt. Kursiv gedruckte Gruppen wurden zweifach, unterstrichene Gruppen dreifach oder öfter genannt.)

Innere Medizin	Chirurgie	ambulant
<u>Herzkatheteruntersuchung/-therapie</u>	<u>Arthroskopie</u>	<u>Arthroskopie</u>
<u>Onkologie/Chemotherapie</u>	<u>Unfall/Notfall</u>	<i>Lythotrypsie</i>
<i>Endoskopie/Polypenabtragung</i>	<u>Cholecystektomie</u>	Cholecystektomie
Diabetikereinstellung	<i>Leistenhernienoperation</i>	Anlegen eines Ports/Shunts
Entgiftung	<i>Laparoskopien allgemein</i>	Leistenhernienoperation in örtlicher Betäubung
Dialyse	Materialentfernung	kleine Materialentfernung
Transfusionen	Varizenentfernung	
Aufnahmestation	Schilddrüsenoperation	
Beobachtung nach einem Notfall	Nabelbruch/Narbenrevision	

Außerdem wurden die Augenheilkunde (Katarakte), Hals-Nasen-Ohren Heilkunde und Urologie als Fächer genannt, in denen es besonders häufig zu einer Kurzzeitbehandlung kommt.

Unter den statistisch als Kurzzeitpatienten verbuchten Patienten sind allerdings auch überdurchschnittlich viele "**Fehlbelegungen**", die per (Selbst-) Einweisung am Abend oder Wochenende kommen und eigentlich keine Krankenhausbehandlung benötigen.

"Eine Studie der Krankenkassen über Fehlbelegungen im AK Altona und AK Wandsbek zeigt, daß niedergelassene Ärzte ihre Entscheidungsunsicherheit oft durch Einweisung reduzieren, im Stoßgeschäft überfordert sind und ihr zusätzlicher Aufwand sich nicht auszahlt. Es handelt sich vor allem um Einweisungen vom Notdienst der Kassenärztlichen Vereinigung, die am nächsten Tag doch wieder entlassen werden" (KE 2). Dem teilweise widersprechend äußerte sich aus dem ärztlichen Blickwinkel der dritte befragte Experte: "Wir sehen den Patienten nachmittags mit Bauchschmerzen und unklarer Diagnose, noch keine Indikation zur Operation. Und der eine wird dann in der Verlaufskontrolle nachts operiert, während der andere morgens nach Hause geht. Das sind Patienten, die Krankenkassen gerne zu Fehlbelegungen machen, weil der ja am nächsten morgen ohne Operation nach Hause ist. Aber das sind Patienten, die ich 24 Stunden unter meiner

Beobachtung brauche, um entscheiden zu können, ob es ein Blinddarm ist oder nicht. Und deswegen sind diese Statistiken über Fehlbelegungen, so wie die von den Kassen gemacht werden, völlig unglaubwürdig."

Neben diesem Einwand gibt es noch andere Gründe, warum man die **statistischen Angaben** über den Kurzzeitbereich mit besonders kritischem Blick betrachten sollte.

Erstmals wurden 1993 in der bundesweiten Krankenhausstatistik spezielle Daten für den Kurzzeitbereich erfaßt. Dort werden unter dem Begriff "Kurzlieger" alle Patienten mit maximal 1-3 tägigem Aufenthalt zusammen aufgeführt und nach Diagnosen aufgeschlüsselt. Zum Zeitpunkt unserer Expertengespräche lagen die Daten von '93-'95 vor, während die Daten von 1996 noch nicht ausgewertet waren.

Die Experten meinen dazu:

- 1 "Die Definitionsfindung und Abgrenzung für ambulante Patienten-Gruppen in der offiziellen Bundesstatistik ist noch im Gange" (KE 1).
- 2 Die Daten über die Verteilung auf verschiedene Diagnosegruppen sind größtenteils "verlorene Daten wegen zu schwammiger Obergruppen" (KE 2) und es gibt keine Kontrolle der Krankenhäuser beim Ausfüllen der Statistikbögen (KE 1).
- 3 "Die Statistik ist fallbezogen, nicht patientenbezogen. Das heißt, daß z.B. ein Patient, der mehrere Male zu einer Kurzzeittherapie erscheint, jedesmal wieder neu gezählt wird. Dadurch ergibt sich eine gewisse Verzerrung zugunsten der Kurzzeittherapie." (KE 5).

Frage 1.5 : Wie stark ist Ihr Kenntnis nach der Trend zu einer Verkürzung der Verweildauern bzw. der Zunahme von Kurzzeit-Patienten und wie wird er sich voraussichtlich entwickeln (Verschiebungen in den Bereich der 3-Tages-Verweildauer)? Läßt sich angeben, in welchen Krankenhäusern und/oder medizinischen Fachrichtungen die meisten dieser Kurzzeitpatienten zu erwarten sind? Gibt es finanzielle oder andere Anreize für bestimmte Trends und wie sehen sie aus?

Der allgemeine Trend zur Verweildauerverkürzung wurde von allen Krankenhausfachleuten bestätigt und eine Verstärkung dieser Entwicklung prognostiziert. Von seinem Krankenhaus berichtete einer von ihnen, daß, einhergehend mit einer Fallzahlsteigerung von 30%, die Verweildauer in den letzten 4-5 Jahren um 30-40% gesenkt wurde (KE 8). Für diese Entwicklung wurden in den Gesprächen fast ausschließlich ökonomische Gründe verantwortlich

gemacht. Vor dem Hintergrund der von Gesetzgeber und Krankenkassen angestrebten Kostenreduzierung im Gesundheitswesen und hier speziell im Krankenhausbereich ist die größtmögliche Verkürzung der Liegezeit eine Strategie des Krankenhausmanagements um unter den veränderten Rahmenbedingungen gewinnbringend zu arbeiten. Sowohl die Nutzung der oben beschriebenen neuen Behandlungsformen als auch die Bemühung seitens der Krankenhäuser, jeden einzelnen "normalen" Patienten so schnell wie möglich wieder zu entlassen sind Ausdruck dieser Strategie.

Die Budgetierung der Krankenhäuser und die Einführung von Fallpauschalen sind hierbei Hauptsteuerungsinstrumente der Krankenkassen um die Gesamtzahl der Krankenhauspflegetage zu reduzieren. Ein weiterer Grund für die Eröffnung von speziellen Kurzzeittherapieeinheiten ist die Möglichkeit durch Bettenumwidmung und neue Arbeitsabläufe dem Betten- und Personalabbau entgegenzuwirken (KE 6,7).

Der durch den allgemeinen Kostendruck stärker werdende Konkurrenzkampf unter den Krankenhäusern läßt das Krankenhausmarketing immer wichtiger werden. Die Kurzzeittherapie mit Hotelambiente wird als Serviceleistung vermarktet damit es zu "Umlenkungen von Patientenströmen kommt" (KE 6.2). "Im Rahmen des Krankenhausmarketing muß man natürlich sehen, inwieweit die absolute, minimale Verweildauer für den Patienten so dargestellt werden kann, daß es zu einer Erhöhung der Fallzahl führt" (KE 3).

Die Vorbildfunktion der Vereinigten Staaten setzt auch in diesem Bereich Maßstäbe: "In den USA sind die Verweildauern sehr niedrig. Dem kann man sich schlecht widersetzen. Das ist eigentlich der Trend, der dahinter steht" (KE 6.1).

Dabei spielt die Verbesserung der medizinischen Leistung für die Patienten bei dieser Entwicklung kaum eine Rolle. Sie ist allenfalls willkommenes Abfallprodukt.

Die Leistungsverdichtung während des stationären Aufenthalts und die damit einhergehende Gefahr des Qualitätsverlustes sowie der Abnahme einer umfassenden Behandlung kritisierten zwei Experten an diesem Trend.

- "Die Tendenz zum Kurzzeitpatienten bedeutet in der Chirurgie meist Kürzung der Pfliegeliegezeiten" (KE 2) und damit eine Leistungsverdichtung für das Pflegepersonal.
- "Die Zahl der Patienten, die zur endoskopischen Diagnostik oder Therapie aufgenommen werden nimmt stark zu. Die Versorgung vorher und nachher wird aber irgendwoanders gemacht oder in der gleichen Klinik ambulant oder auch garnicht und häufig auch schlecht. Das Krankenhaus erledigt den Kernbereich schnell und rationell, aber danach gibt es keine Koordination mehr" (KE 7).

Um den hier angesprochenen Trend zur Verweildauerverkürzung zu objektivieren und genauere Hinweise zur quantitativen Nutzung von Kurzzeittherapie in den einzelnen Fachrichtungen und bei bestimmten Diagnosen machen zu können, wurde die folgende Sekundäranalyse der Hamburger Krankenhausstatistik durchgeführt. Besonders für die Auswahl der Einsatzgebiete des zu entwickelnden Fragebogens im Rahmen des zugrundeliegenden NFVPH- Projekts sollte diese Frage geklärt werden.

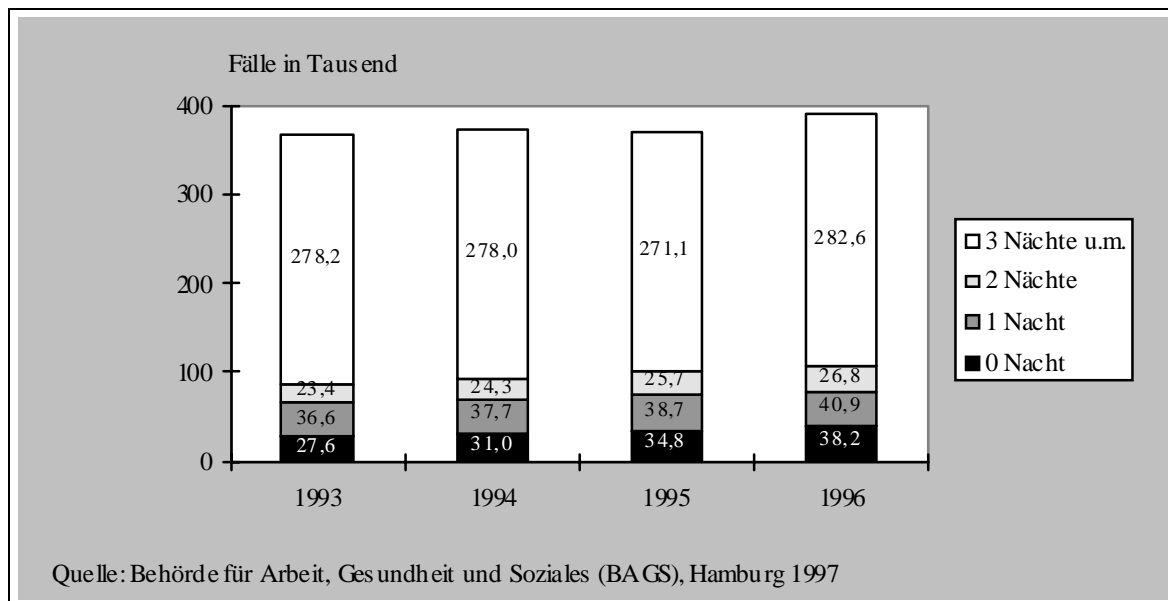
3.2 Entwicklung der Häufigkeit von Kurzzeit-Behandlungen in Hamburg

Die Datengrundlage des folgenden Abschnitts beruht auf einer Auswertung der Routinedaten der Hamburger Krankenhausstatistik, die in Zusammenarbeit mit der Hamburger Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales durchgeführt wurde. Die Entwicklung der Krankenhausfälle, geordnet nach Verweildauer, Krankenhaus, Fachgebiet und Diagnose konnte über einen Zeitraum von vier Jahren, für die Jahre 1993-1996 untersucht werden.

Allgemeine Zunahme der Kurzzeitpatienten

Der bundesweite Trend eines Anstiegs der Fallzahl von Kurzzeitpatienten konnte für die 41 Hamburger Krankenhäuser bestätigt werden: Von 87.640 im Jahr 1993 stieg ihre Zahl kontinuierlich um mehr als 18.000 auf 105.890 im Jahr 1996, während sich die Zahl der übrigen Patienten je nach Jahr unterschiedlich veränderte (vgl. Abb.3). Damit erhöhte sich die Kurzliegerquote im Untersuchungszeitraum von 24,0% auf 27,3% und liegt über dem bundesweiten Durchschnitt. Für das Jahr 1995 liegt sie in Hamburg z.B. bei 26,8% gegenüber einem bundesweiten Anteil von 24,1% (StBA 1997). Als Gründe hierfür sind u.a. das große Einzugsgebiet einer Metropole und die im Vergleich zu ländlicheren Gegenden generell schnellere Umsetzung von Neuerungen aufgrund höherer Nachfrage und größeren Konkurrenzdrucks anzunehmen.

Abb.3: Stationäre Krankenhausfälle in Hamburg nach Verweildauer, 1993-1996



Die Zunahme von Kurzzeitpatienten im Untersuchungszeitraum erstreckt sich durchgängig auf alle Untergruppen hinsichtlich der Verweildauer, wobei der Anstieg bei sogenannten "Stundenfällen" (d.h. Patienten, die noch am selben Tag entlassen oder verlegt werden) mit einer Steigerung von jährlich mehr als 3300 Fällen überproportional ausfiel. Entsprechend erhöhte sich ihr relativer Anteil an der Gesamtzahl aller Kurzzeitpatienten von 31.5% im Jahr 1993 auf 36.1% im Jahr 1996. Da Patienten mit einem eintägigen Aufenthalt häufig zur diagnostischen Befundabsicherung oder infolge der zeitlichen Aufteilung der Behandlung in ein Krankenhaus aufgenommen werden, läßt ihr Anstieg auf Veränderungen an der Schnittstelle zwischen ambulantem und stationärem Sektor schließen.

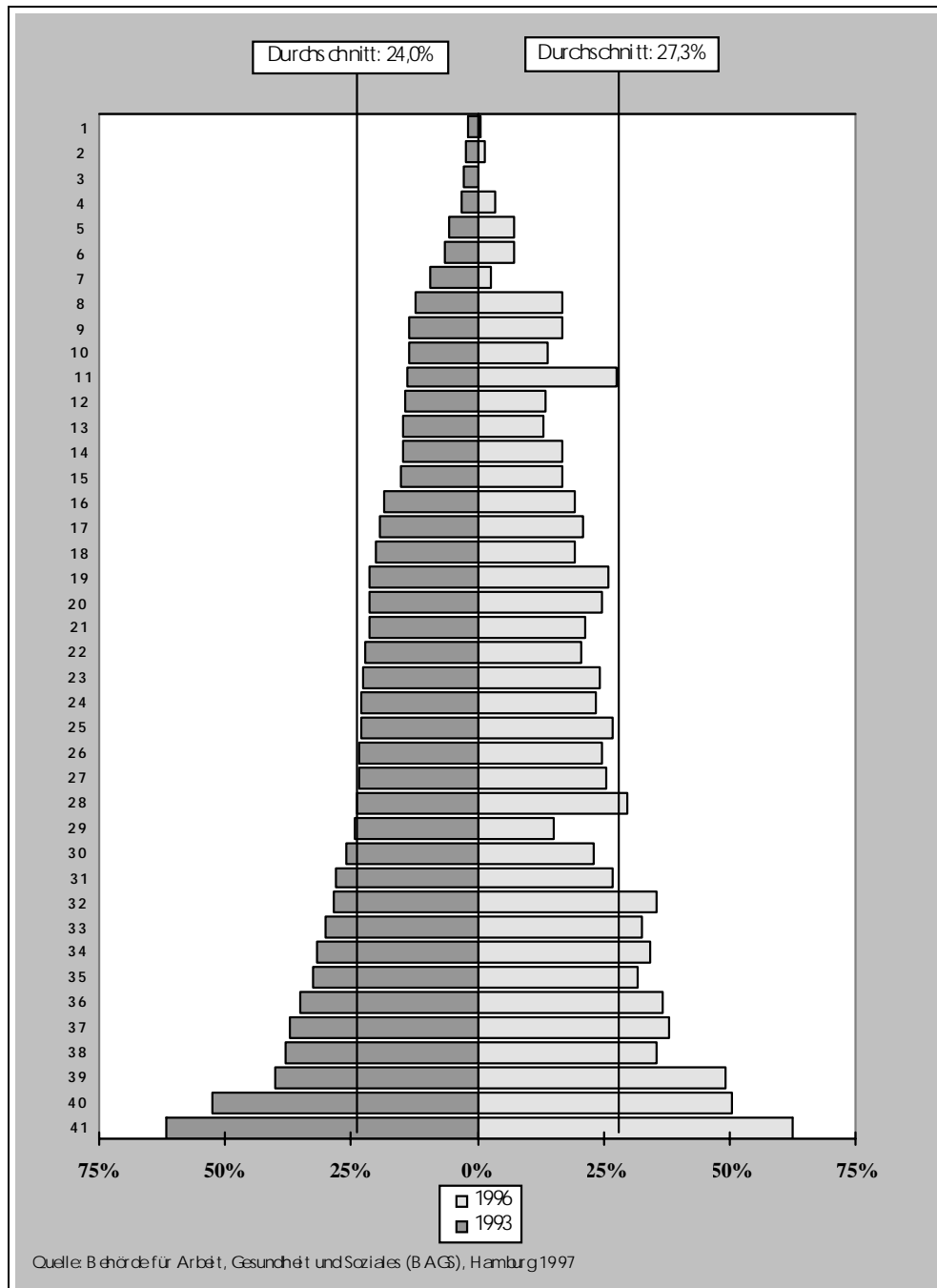
Demgegenüber zeigt die Fallstatistik für Patienten mit längerem Klinikaufenthalt im Jahresvergleich eine diskontinuierliche Entwicklung. Während 1994 im Vergleich zum Vorjahr keine nennenswerte Veränderung ihrer Fallzahl festzustellen ist, kommt es 1995 sogar zu einem Rückgang um 6.873 Fälle, der aber in der Folgeperiode 1996 mit einem Zuwachs von 11.487 Fällen mehr als ausgeglichen wird. Dies ist ein Indiz dafür, daß besonders 1995, dem Jahr der Einführung der neuen Bundespflegesatzverordnung, eine Kürzung der Verweildauer mit der Folge der Zunahme von Kurzzeitpatienten und dadurch einer Abnahme der übrigen Patientenzahl wirksam war.

Verteilung der Kurzzeitpatienten auf die einzelnen Krankenhäuser

Obwohl sich der allgemeine Trend der Zunahme von Kurzzeitpatienten bestätigt hat, ist es unrealistisch zu glauben, daß alle Krankenhäuser bzw. Fachgebiete mit der gleichen Geschwindigkeit davon betroffen sind. Es gibt eine Vielzahl von demographischen, medizintechnischen, politisch-ökonomischen und statistischen Ursachen, die eine Zunahme der Krankenhausfälle im allgemeinen und der Kurzzeitpatienten im besonderen beeinflussen (siehe Absatz 1.7). Die einzelnen Kliniken sind in unterschiedlicher Weise solchen Bedingungen ausgesetzt, wobei ihre Auswirkungen auf die Patientenstruktur erst im Längsschnitt beobachtbar werden. Der stärkste Druck geht z.Z. ohne Zweifel von der Reform der Krankenhausfinanzierung aus, mit der die Herausnahme von Betten oder ganzer Abteilungen aus den Krankenhausplänen einhergeht (vgl. Simon, 1997). Als Folge dieser Entwicklung suchen Krankenhausträger zunehmend nach Wegen, die wirtschaftlichen Risiken für ihre Haushalte zu reduzieren. Da Kurzzeitpatienten in der Regel nicht zu den "schlechten" Risiken gehören, deren Behandlung relativ kostenintensiv ist und Vermeidungsanreizen unterliegt, sowie das Interesse der Häuser an "ungedeckelten" Leistungsformen und Wahlleistungen gewachsen ist²³, verweisen Kritiker auf die Gefahr, daß Schwerkranke und Schwerstunfallverletzte in Einrichtungen der höheren Versorgungsstufe weitergeleitet werden, während gleichzeitig ein Wettbewerb um ("gesunde" und private) Kurzzeitpatienten entsteht.

In Abbildung 4 sind die Kurzliegerquoten der Hamburger Krankenhäuser für die Jahre 1993 und 1996, geordnet nach der Trägerschaft, dargestellt. Auffällig an der Verteilung ist zunächst die große Variationsbreite bei der Zusammensetzung der Patienten. Je nach Krankenhaus reicht das Verhältnis von Kurzzeitpatienten zu der Gesamtzahl der Krankenhausfälle von 0,5% bis 62,9%. Dabei ist evident, daß kleinere auf wenige Fachgebiete spezialisierte Kliniken in freigemeinnütziger oder privater Trägerschaft beide Extremwerte belegen: Zu den Kliniken mit stark unterdurchschnittlichen Kurzliegerquoten gehören Häuser, die einen Schwerpunkt ihres Leistungsangebotes in der Geriatrie (Nr. 1, 2, 3) und der Knochen-/Gelenkchirurgie (4, 5, 6) haben. Überdurchschnittlich hohe Kurzliegerquoten finden sich in speziellen Kinder- (37, 39), Frauen- (35, 40), Beleg- und Praxiskliniken (38, 41). Die öffentlichen Krankenhäuser, die fast ausschließlich den höchsten Versorgungsstufen angehören und einen wirtschaftlich höchst nachteiligen allgemeinen Versorgungsauftrag haben, liegen relativ einheitlich im Durchschnitt.

Abb.4: Kurzliegerquoten der 41 Krankenhäuser in Hamburg



Betrachtet man die Veränderung der Kurzliegerquoten zwischen 1993 und 1996, läßt sich kein Anzeichen einer wachsenden "Ungleichheit" feststellen. Lediglich im Einzelfall ist eine deutliche Erhöhung (Klinik 11 mit 13,7 Prozentpunkten) des Anteils von Kurzzeitpatienten an den Krankenhausfällen, bei anderen Häusern eine Verringerung (z.B. Klinik 29: -9,5 Prozentpunkte) erkennbar. Dies hängt vermutlich damit zusammen, daß eine Abweisung von Schwerstkranken durch die Erweiterung der Notfallversorgung sowie die Einführung von Grenzverweildauern bei

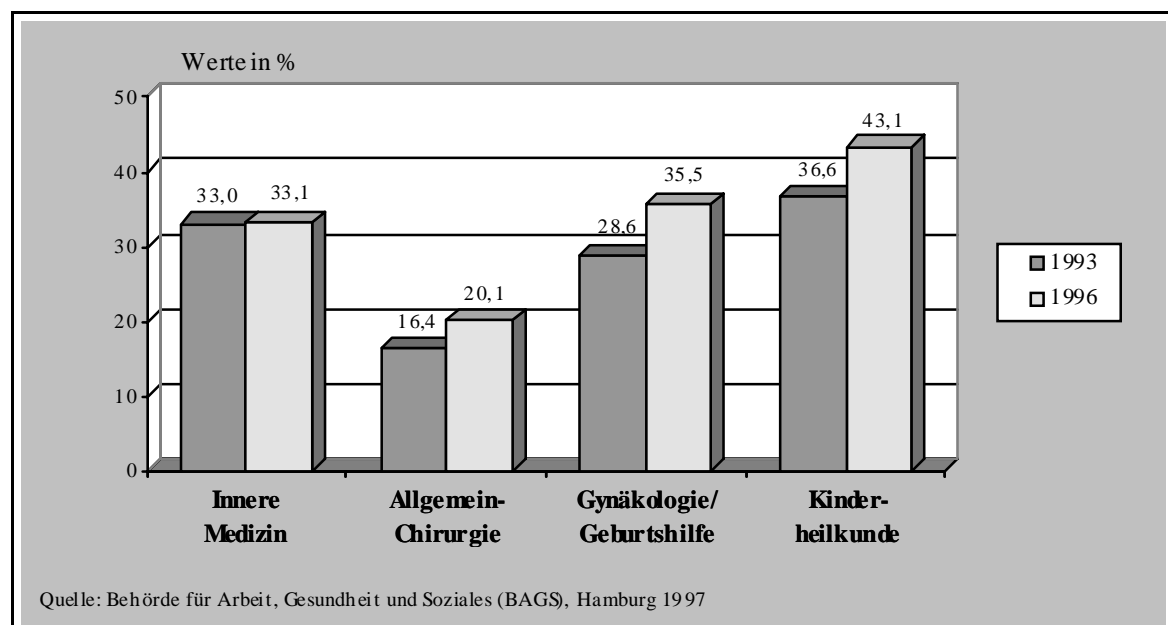
²³ Insbesondere die aus elektiven Eingriffen erzielten Einnahmen unterliegen (im Moment) keinem festen Budget und können zur Deckung von Defiziten in anderen Bereichen verwendet werden.

Fallpauschalen gesetzlich erschwert wurde. Außerdem werden extreme Entwicklungen einzelner Abteilungen (z.B. Kurzzeittherapiezentren) im Blick auf das Gesamtkrankenhaus relativiert. Zum anderen scheinen es viele Häuser angesichts der geringen Planungssicherheit im Untersuchungszeitraum vorgezogen zu haben, ihre bisherige Praxis ohne wesentliche Veränderungen für die Patientenversorgung und Organisationsstruktur weiterzuführen. Für eine abwartende Haltung spricht auch die Tatsache, daß das Vordringen ökonomischer Denk- und Handlungsmuster bisher weniger auf Kosten der Patienten ausgetragen wurde, sondern vorrangig Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen der Mitarbeiter in den Kliniken hatte (siehe Kapitel 1.3).

Patientenstruktur nach Fachgebiet und Hauptdiagnose

Patienten lassen sich nach unterschiedlichen Merkmalen gruppieren und in ihrer Zusammensetzung über die Zeit erfassen. Ein wichtiges Kriterium stellt das Fachgebiet bzw. die Krankheitsart dar. Dies hat zwei Hintergründe: Während Ende der 70'er Jahre noch eine deutliche Konzentration von Kurzzeitpatienten auf einzelne Diagnosegruppen zu beobachten war (BMAS 1989), weist diese Zielgruppe heute eine größere Bandbreite auf, d.h. der Problemdruck durch erhöhte Fallzahlen bildet ein allgemeines Phänomen. Zum anderen ist der Grad der Homogenität des Patientenguts mit entscheidend, in welchem Maß krankenhauserneuerungsstrategien möglich sind, die z.B. auf der Selektion von Patienten oder der Einrichtung von Spezialeinrichtungen basieren.

Abb.5: Kurzliegerquoten in den quantitativ wichtigsten Fachgebieten

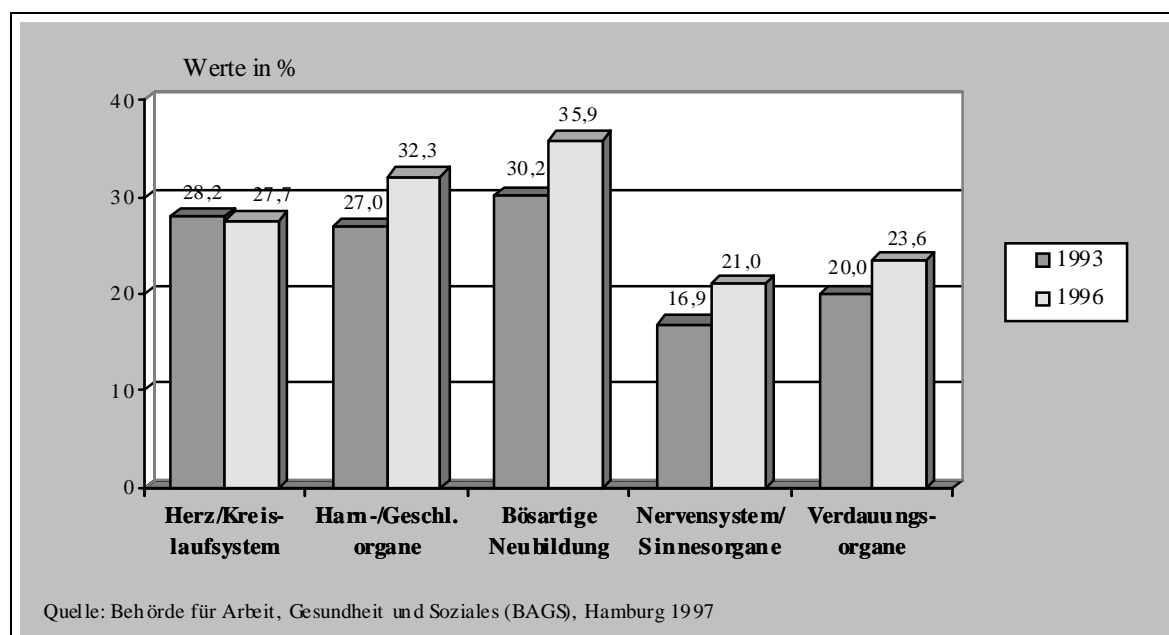


In der Abbildung 5 sind für die vier Fachgebiete mit den meisten Kurzzeitpatienten (Innere Medizin, Allgemeinchirurgie, Gynäkologie/Geburtshilfe und Kinderheilkunde) die

Kurzliegerquoten an allen stationären Patienten des jeweiligen Faches dargestellt. Mit Ausnahme der Inneren Medizin haben die Kurzliegerquoten in diesen Fachgebieten zwischen 1993 und 1996 deutlich zugenommen. Das Fach mit der höchsten Kurzliegerquote bildet weiterhin die Pädiatrie mit einem Wert von 43,1% im Jahr 1996, gefolgt von der Gynäkologie und Geburtshilfe mit 35,5%. Innerhalb der Allgemeinchirurgie kann zwar ebenfalls ein Zuwachs von Kurzzeitpatienten festgestellt werden, gemessen an der relativ geringen Kurzliegerquote von 20,1% ist hier jedoch in Zukunft der größte Anstieg zu erwarten.

Bei den diagnosebezogenen Auswertungen anhand der Hauptdiagnosegruppen des ICD-9 ergeben sich im Untersuchungszeitraum ähnliche Entwicklungen wie bei den Fachgebieten: Die Kurzliegerquoten für die quantitativ bedeutsamsten Hauptdiagnosegruppen sind unterschiedlich gestiegen (vgl. Abb.6). Keine Zuwächse ergeben sich für die Gruppe der Kreislauferkrankungen, die Hauptdiagnosegruppe, der zahlenmäßig die meisten Kurzzeitpatienten zugeordnet sind. In den übrigen vier Gruppen zeigt sich ein relativ deutlicher Anstieg der Kurzliegerquoten, wobei die Veränderungen in den Gruppen der Krankheiten des Urogenitaltrakts und bösartigen Neubildungen mit mehr als fünf Prozent besonders stark ausfallen. Geht man davon aus, daß Veränderungen der Morbidität oder kürzere Behandlungszeiten bei Neubildungen als Ursachen für die Zunahme im Untersuchungszeitraum weitestgehend ausscheiden, müssen andere Gründe (z.B. Zunahme der Diagnostikfälle, wiederholte stationäre Behandlung in einer Periode) ins Blickfeld kommen.

Abb.6: Kurzliegerquoten in den quantitativ wichtigsten Hauptdiagnosegruppen (ICD 9)

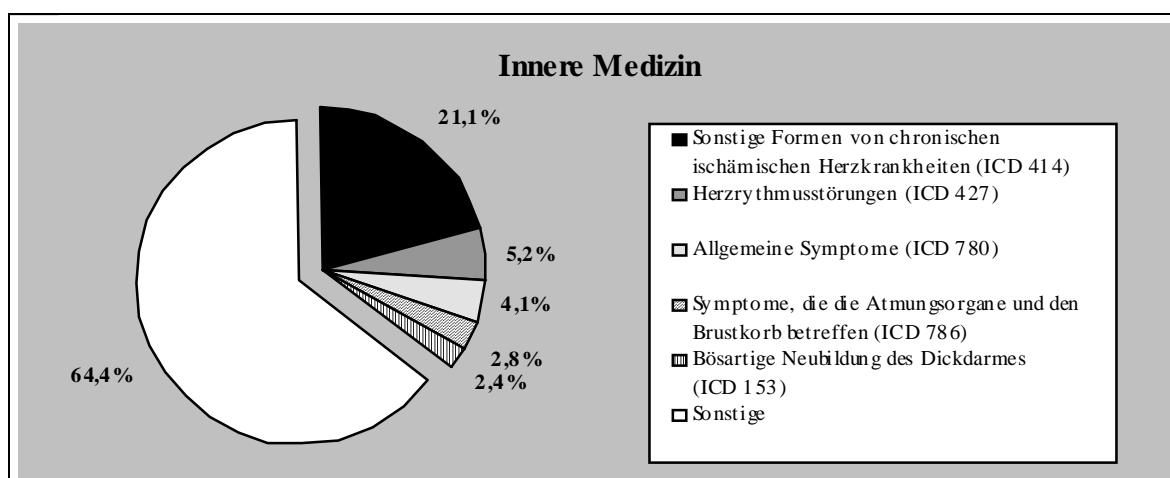


Typische Gruppen von Kurzzeitpatienten

1996 wurden für die Kurzzeitpatienten in Hamburg 467 verschiedene Hauptdiagnosen nach dem ICD-9 angegeben. Die stärkste Einzelgruppe bilden sonstige Formen von chronischen ischämischen Herzkrankheiten (ICD 414) mit einem Anteil von 7,9% an allen Kurzzeitpatienten, gefolgt von Brustkrebs (ICD 174) mit 4,9% und chronischen Affektionen der Tonsillen (ICD 474) mit 2,8%. Im folgenden werden die häufigsten Hauptdiagnosen in den wichtigsten Fachgebieten dargestellt, um typische Gruppen von Kurzzeitpatienten zu ermitteln.

In der **Inneren Medizin** umfassen die fünf häufigsten Hauptdiagnosen immerhin 35,6% der Kurzzeitpatienten im Jahr 1996 (Abb.7). Besonders auffällig sind Patienten mit sonstigen Formen von chronischen ischämischen Herzkrankheiten deren Diagnose bzw. Behandlung dahingehend interpretiert werden kann, daß eine internistische Notfallaufnahme vorliegt. Diese Patienten, die z.B.zur Abklärung und Überwachung eines Angina-pectoris-Anfalls oder bei Verdacht auf Myokardinfarkt (sowie unklarer Symptome und Atemnot) aufgenommen werden und bei denen keine organischen Befunde festgestellt werden, gehören in der Regel zu den Fällen, die innerhalb von drei Tagen nach Hause entlassen werden. Patienten, die zur weitergehenden Diagnostik mittels Herzkatheteruntersuchung vom niedergelassenen Arzt eingewiesen werden und die trotz einer Symptomatik keine sichtbare Verengung der Herzkranzgefäße aufweisen, dürften ebenfalls in diese Gruppe fallen. Die Überversorgung einer Region mit Herzkatheterplätzen, wie es in Hamburg der Fall ist, trägt natürlich nicht zu einer Verringerung der Fallzahlen bei (Perleth 1997).

Abb.7: Fünf häufigste Diagnosen von Kurzzeit-Patienten der Inneren Medizin (1996)

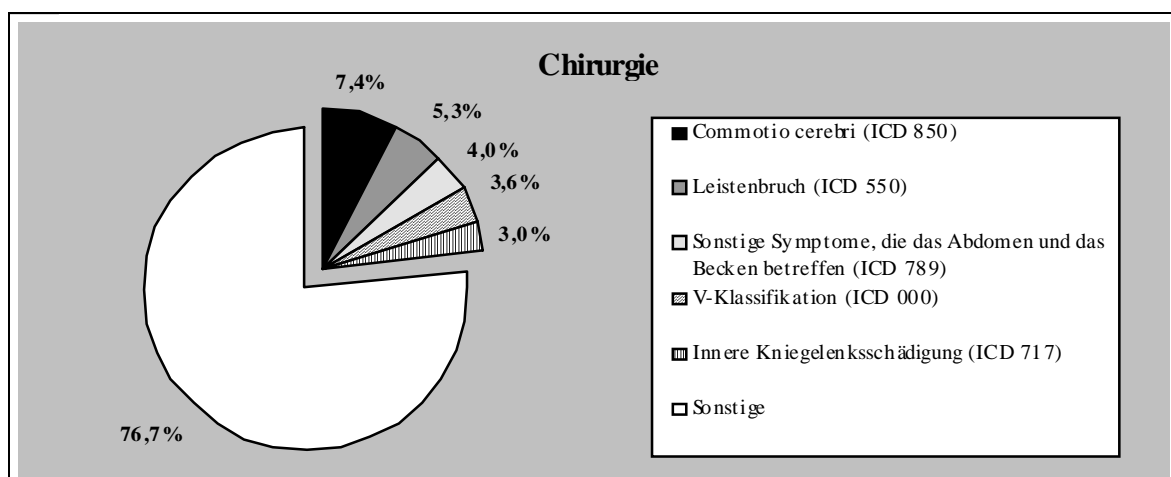


Die Patienten mit den bösartigen Neubildungen des Dickdarms, werden entweder zur

Chemotherapie in regelmäßigen Abständen kurzzeitig aufgenommen und bewirken damit wie beschrieben eine "künstliche" Zunahme dieser Gruppe oder sie unterziehen sich nach Behandlungsende ebenfalls in regelmäßigen Abständen einer Darmspiegelung im Rahmen eines Programms zur Nachüberwachung. Bei einem Teil der übrigen Patienten ist es möglich, Diagnostik und Therapie während des maximal dreitägigen Krankenhausaufenthalts abzuschliessen, so daß eine schnelle Entlassung in die ambulante Weiterbehandlung möglich ist. Ein anderer Teil ist wahrscheinlich den "Fehlbelegungen" zuzurechnen. Hier können allerdings keine genaueren Aussagen gemacht werden.

In der allgemeinen Chirurgie bilden die wichtigsten Hauptdiagnosen zusammen nur 23,3% der Kurzzeitpatienten (Abb.8). Diese Gruppe ist aufgrund der Vielzahl verschiedener Eingriffe nur bedingt homogen, obwohl die speziellen Kurzzeittherapiezentren für elektive Operationen (z.B. Herniotomie²⁴, Cholezystektomie, Arthroskopien) in jüngster Zeit an Bedeutung gewinnen. Die zweit- und vierthäufigsten Hauptdiagnosen Leistenbruch und Innere Kniegelenksschädigung, gehören zum Leistungsangebot dieser Zentren. Der Einsatz minimal-invasiver Operationsmethoden kann hierbei neben der Verweildauerverkürzung auch über eine Indikationsausweitung zu einer Zunahme von Krankenhausfällen führen. Auf den maßgeblichen Anteil den der ökonomischen Druck auf die Krankenhäuser infolge der Krankenhausfinanzierungsreform dabei spielt, ist bereits ausführlich eingegangen worden.

Abb.8: Fünf häufigste Diagnosen von Kurzzeitpatienten der Chirurgie (1996)



Daneben enthält diese Gruppe Kurzzeitpatienten, deren stationäre Aufnahme vorrangig zur Überwachung und Beobachtung geschieht. Dies ist sowohl bei der Hauptdiagnose Commotio

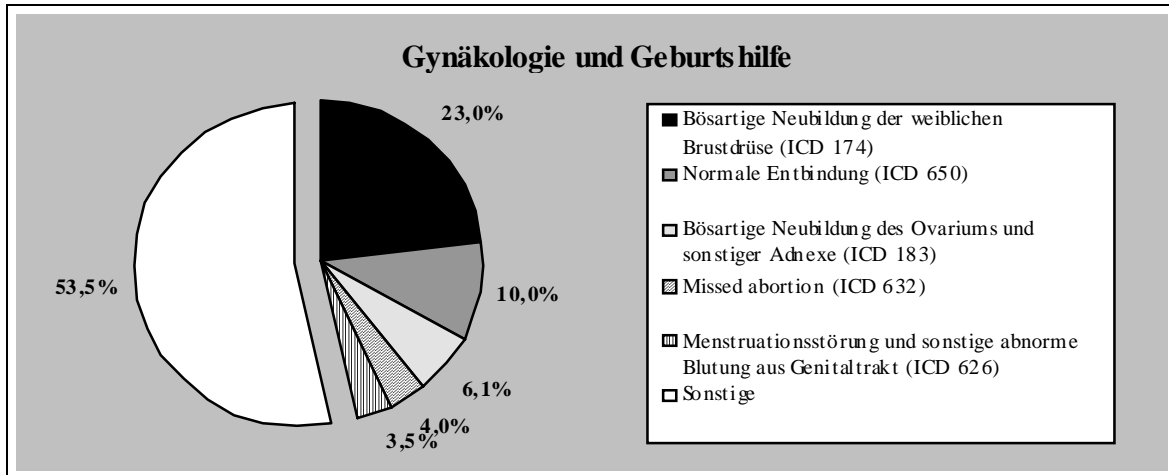
²⁴ z.B. das erste norddeutsche Hernienzentrum in Reinbek

cerebri der Fall, die eine Diagnostik und Überwachung aufgrund möglicher Unfallfolgen (wie z.B. Schädel-Hirn-Trauma, zeitlich versetzte Nachblutungen) erfordert, als auch bei der Diagnose "Sonstige Symptome, die das Abdomen und das Becken betreffen". Hierunter fallen z.B. die Patienten mit unklaren Bauchschmerzen, die zur Beobachtung stationär aufgenommen werden. Auffällig ist schließlich der relativ hohe Anteil von V-Klassifikationen, d.h. für nicht-medizinische Faktoren, die den Gesundheitszustand und die Inanspruchnahmen von Kliniken beeinflussen, ohne sinnvoll einer Hauptdiagnose zugeordnet werden zu können

Die relativ homogenste Gruppe von Kurzzeitpatientinnen findet sich in der **Gynäkologie und Geburtshilfe**, wo die fünf häufigsten Hauptdiagnosen nahezu die Hälfte (46,5%) aller Fälle ausmachen. Gemäß Abbildung 9 ergibt eine weitere Differenzierung zwei typische Untergruppen: Einerseits handelt es sich um Kurzzeitpatientinnen mit geschlechtsspezifischen Krebserkrankungen (z.B. Mammakarzinom), die zur diagnostischen Abklärung oder in regelmäßigen Abständen zur Chemotherapie bzw. Bestrahlung stationär aufgenommen werden. Zum anderen dominieren Kurzaufenthalte im Verlauf der Schwangerschaft (z.B. natürliche Fehlgeburten) und normale Entbindungen, die auch veränderte Ansprüche von Frauen hinsichtlich der Geburt im Krankenhaus ausdrücken.

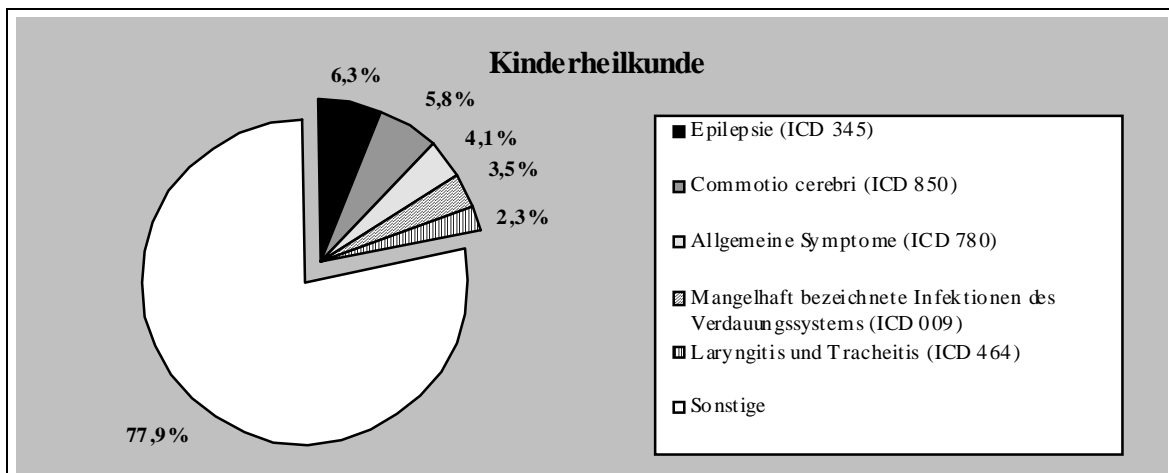
Besonders der Bereich Geburtshilfe hat sich in den letzten Jahren zu einem Experimentierfeld für das Marketing von Krankenhäusern entwickelt. Das Bestreben der Klinikleitungen, die Geburt eines Kindes als "schönes Erlebnis" zu gestalten, führte zu Maßnahmen, die gewöhnlich im Markt für Konsumgüter anzutreffen sind: Die stets fröhliche Haltung der Mitarbeiter, Sektempfang im Foyer; Zimmer mit eigenem Kühlschrank usw. sind Dinge, mit denen sich gut werben läßt, wenn Krankheit und Leiden nicht im Mittelpunkt der Behandlung stehen.

Abb.9: Fünf häufigste Diagnosen von Kurzzeitpatienten der Gynäkologie und Geburtshilfe (1996)



In der **Kinderheilkunde** machen die häufigsten Diagnosen weniger als ein Viertel (22,1%) aller Kurzzeitpatienten aus, d.h. ihre Heterogenität ist noch etwas stärker ausgeprägt als in der allgemeinen Chirurgie (Abb.10). Dies hängt damit zusammen, daß die Spezialisierung des Faches nicht auf einer Klassifikation nach Organen oder Therapie-Methoden beruht, sondern ausschließlich auf dem Lebensalter des Patienten. Entsprechend gering ist die Wahrscheinlichkeit, daß Probleme von Kurzzeitpatienten im Rahmen von parallel geführten Kinderstationen reduziert werden können, zumal die Eltern häufig eine individuelle Betreuung der Kinder und Jugendlichen erwarten.

Abb.10: Fünf häufigste Diagnosen von Kurzzeitpatienten der Kinderheilkunde (1996)



Hinsichtlich der Häufigkeit existieren naturgemäß sehr verschiedene Krankheitsarten und Behandlungsverfahren. Neben alterstypischen Verletzungen und Krankheiten (z.B. Kopfverletzungen, Entzündungen des Gastrointestinaltrakts oder der Atemwege) betreffen cerebrale Krampfanfälle die meiste Zahl an Kindern und Jugendlichen, die nach spätestens drei

Tagen aus dem Krankenhaus entlassen werden. Häufig bleiben Art und Ursache der Beschwerden, die zur Aufnahme geführt haben unklar oder lassen sich zumindest nicht mit dem ICD-9 erfassen.

Bilanz für die Ermittlung der Patientenzufriedenheit bei Kurzzeitpatienten

Die beiden Fachgebiete mit dem höchsten Anteil an Kurzzeitpatienten, Pädiatrie und Gynäkologie/Geburtshilfe eignen sich leider nicht so gut für eine Befragung. Für die Pädiatrie müßte ein ganz eigenes Instrument entwickelt werden, das einen kindgerechten Teil für die eigentlichen Patienten mit einem Fragebogen für die Eltern kombiniert. Aufgrund der zu erwartenden Schwierigkeiten bei der Fragebogenentwicklung und Ergebnisauswertung ist die Pädiatrie unattraktiv für unsere Fragestellung. In der Gynäkologie wäre eine Befragung vor allem im Hinblick auf den hohen Anteil an Patientinnen mit Tumorerkrankungen interessant. Die Diagnosegruppen "Bösartige Neubildungen der weiblichen Brustdrüse und des Ovariums und sonstiger Adnexe" machen knapp ein Drittel der Kurzzeitpatientinnen in diesem Fachgebiet aus. Die Diagnosegruppe "bösartige Neubildungen" hat auch insgesamt den stärksten Anstieg an Kurzzeitpatienten zu verzeichnen und es sind in diesem Bereich spezialisierte Abteilungen entstanden. Allerdings fallen in die Gruppe der Kurzzeitpatientinnen hier auch eine große Zahl Frauen, die zur Entbindung, oder wegen eines gewollten oder ungewollten Schwangerschaftsabbruchs im Krankenhaus sind und für die ebenfalls ein ganz eigenes Instrument entwickelt werden müßte. Da die Entwicklung innerhalb der Onkologie auch in der Inneren Medizin untersucht werden konnte, wurde auch die Gynäkologie/Geburthilfe vernachlässigt. In der inneren Medizin stechen dann vor allem die kardiologischen und onkologischen Erkrankungen hervor, so daß wir hier Befragungen durchgeführt haben. Zusätzlich wurden Patienten einer gastroenterologischen Abteilung und einer internistischen Notaufnahme befragt.

Von den genannten Fachgebieten ist die Kurzliegerquote in der Chirurgie insgesamt zwar am geringsten, es ist aber hier aufgrund der Fallpauschalen in Zukunft der stärkste Anstieg zu erwarten. Unter den fünf häufigsten Diagnosen bei Kurzzeitpatienten liegen hier die beiden Diagnosen "Leistenbruch" und "Innere Kniegelenksschädigung" an zweiter und vierter Stelle. Sie gehören zu dem Behandlungsspektrum, das in den spezialisierten Zentren für chirurgische Kurzzeittherapie angeboten wird. Neben der qualitativen Neuerungen im organisatorisch-strukturellen Bereich spricht auch die quantitative Entwicklung für eine Befragung in diesem Bereich, die wird dann auch in zwei spezialisierten Abteilungen durchgeführt haben.

3.3 Ergebnisse der Interviews mit Krankenhausesperten ergänzt durch eine Medien- und Literaturanalyse

Im ersten Komplex der Interviews erfolgte eine allgemeine Annäherung an den Untersuchungsbereich "Kurzzeittherapie" mit dem Ziel einer Begriffsklärung und der Durchleuchtung medizinischer, wirtschaftlicher und statistischer Hintergründe. In den vier weiteren hier dargestellten Abschnitten wurden zum einen Meinungen und Einstellungen der Experten zu Patientenbefragungen ganz allgemein und im speziellen bei Kurzzeitpatienten erfragt, sowie konkrete Anforderungen für die Erstellung eines Fragebogens ermittelt. Zum anderen wurden Einstellungen zu Qualitätssicherungsmaßnahmen, mögliche Chancen und Hindernisse sowie Bereiche mit hohem Bedarf hierfür erfragt

Abschnitt 2: Praxisrelevanz der Befragung

Auf die Einstiegsfrage nach der allgemeinen Bedeutung von Befragungen zur Patientenzufriedenheit betonten fast alle Experten ihre Wichtigkeit. Im Verlauf der Gespräche zeichneten sich allerdings unterschiedliche Perspektiven ab. Während die einen aus einem ökonomischen Blickwinkel vor allem auf die Notwendigkeit solcher Befragungen im Wettbewerb mit anderen Krankenhäusern hinwiesen, kritisierten andere aus einem patientenorientierten Blickwinkel, die mangelnden Ergebnisse von Befragungen in Bezug auf einen echten Nutzen für die Patienten.

"Die Kundenzufriedenheit haben die Krankenhäuser lange nicht im Auge gehabt. Aber in der heutigen Wettbewerbslage ist die Positionierung am Markt entscheidend"(KE 1).

versus

"Natürlich sollte die Patientenzufriedenheit das oberste Ziel eines behandelnden Arztes sein, aber ob sie jemals wirklich eine Rolle spielen wird, da wage ich keine Prognose" (KE 5).

Frage 2.1 : Für wie wichtig halten Sie die sog. Patienten-"Zufriedenheit" als Indikator für die Qualität der Krankenversorgung allgemein bzw. als Ergebnis-Indikator der medizinischen Behandlung?

Die Patientenzufriedenheit wird allgemein als wichtiger Indikator angesehen. Dabei wird sie

maßgeblich dadurch bestimmt, ob Ergebnisfehler auftreten und das Behandlungsversprechen eingehalten wird. Deshalb sollte der Schwerpunkt der Befragungen auf die Überprüfung der Ergebnisqualität als Endkontrolle gelegt werden (KE 2). Gerade dabei sieht KE 7 Probleme: "Der Servicebereich ist wahrscheinlich recht gut zu erfragen, aber je näher es an den medizinischen Kernbereich geht, desto schwieriger wird es. ...Es ist schwierig, die Wahrheit aus den Patienten herauszuholen". Während bei dieser ärztlichen Sichtweise mangelnde fachliche Kompetenz des Patienten das Problem zu sein scheint, sehen mehrere andere Experten das Hauptproblem im Fehlen ganz anderer Kompetenzen. "Das Problem dabei ist die Unmündigkeit des Patienten. Und zwar von zwei Seiten. Zum einen spielt sie für den Arzt oft eine untergeordnete Rolle, zum anderen hat der Patient es noch nicht so richtig drauf, daß er als Patient zufrieden sein darf. Es sind zwei verschiedene Weltbilder die Arzt und Patient haben, aber in dem Punkt ähneln sie sich doch sehr" (KE 5).

Frage 2.2 : Welche Einflußfaktoren täuschen Ihres Erachtens über das "wahre" Ausmaß der Zufriedenheit bzw. Qualität ? Gibt es positive oder negative Antworttendenzen, die besonders relevant sind?

Abgesehen von dem beschriebenen hemmenden Rollenverhalten nannten die Experten noch andere Gründe, die vor allem dazu beitragen, daß es zu Verfälschungen bei den Aussagen von Patienten über ihre Zufriedenheit kommt. Ein hoher Schweregrad der durchgemachten Erkrankung und ein hohes Maß an Wiederherstellung der Gesundheit führten zu "dankbaren" positiven Antworttendenzen. Die Patienten wollen "gerne etwas positives für die Einrichtung tun, in der sie behandelt wurden" (KE 7). Als Verfälschungseffekte, die aus der sozio-psychologischen Forschung bekannt sind nannte KE 1 den Hawthorne und Halo-Effekt. Dagegen gäbe es negative Antworttendenzen bei generell schwer zufriedenstellbaren Menschen, chronisch Kranken und bei Patienten, die aufgrund ihrer Unzufriedenheit der Einrichtung schaden wollen. (Wobei letzteres wohl eher eine Unterstellung sein dürfte, durch die eine ärztliche Grundhaltung gegenüber Patienten zum Ausdruck kommt, die die oben geforderte Mündigkeit in weite Ferne rücken läßt).

Fehlende Vergleichsmöglichkeit kann beide Tendenzen begünstigen, gemeint war aber wohl eher eine zu negative Tendenz, weil viele Patienten nicht wissen, daß es anderswo (noch) schlechter ist (KE 8). Unbegrenzttes Vertrauen in seine Patienten hatte KE 6.3: "Wir halten unsere Patienten schon für kritisch genug, daß wir uns akzeptable Ergebnisse erhoffen."

Frage 2.3 : Wo sehen Sie den Nutzen einer solchen Befragung

- > für das Krankenhaus,
- > für die Patienten selbst,
- > für die niedergelassenen Ärzte
- > andere (z.B. Angehörige)?

"Generell zielt eine Befragung vor allem auf die Schaffung von Bewußtsein." (KE 2).

Die Mehrheit der Interviewten sah den Hauptnutzen von Patientenbefragungen für die **Krankenhäuser** in einer verbesserten Behauptung am Markt ("Marktanteile erweitern" KE 8). Dabei sind mehrere Aspekte zu berücksichtigen. Zum einen nutzen die Marketingabteilungen die (positiven) Ergebnisse aus Befragungen in der Aussenwerbung und zur "Kontrolle von Zuweiserverhalten und Patientenströmen". Zum anderen kann die Befragung selbst in der Interaktion mit dem Patienten zur "Suggestion einer besseren Medizin" eingesetzt werden. Auch eine "Verbesserung gegenüber der Konkurrenz" durch Anpassung an Patientenwünsche wird vor allem unter Marktgesichtspunkten betrachtet. Nur zwei Experten sahen darin eine Chance zur Qualitätssteigerung: "...weil dadurch etwas in Bewegung gesetzt wird. Bei uns haben wir z.B. Schwachpunkte im psychosozialen Bereich entdeckt, strukturierte Entlassungsgespräche eingeführt und auf die schlechten Kontakte zu Selbsthilfegruppen hingewiesen" (KE 4). Eine bessere Patientenmitarbeit und -zufriedenheit sah KE 1 als Vorteil für das Krankenhaus, die vielleicht sogar zu besseren Heilerfolgen führen können.

Dagegen wird der hauptsächliche Nutzen für **Patienten** in einer möglichen Qualitätsverbesserung der Leistung und der "Etablierung von Patientenrechten" gesehen, bzw. in der Vergrößerung des Selbstvertrauens der Patienten, so daß Hemmungen abgebaut werden, diese Rechte auch einzufordern. Bestenfalls sollte der Patient zur "mündigen Begleitung des Behandlungsprozesses" ermuntert werden (KE 1). Darüberhinaus sei es auch von Nutzen, veröffentlichte Befragungsergebnisse bei der Krankenhauswahl zu Rate ziehen zu können. Möglicherweise wird die Wirkung von Patientenbefragungen überschätzt, wenn KE 4 damit eine "Aufwertung der Person" erreichen will und dem Patienten "zeigen, daß man sich noch um ihn kümmert." Durch Patientenbefragungen kann man dem "Patienten das Gefühl vermitteln, seinerseits einen Beitrag zur Verbesserung zu leisten". Eine ähnliche Anwendungsweise sieht KE 7, wenn er die Befragungen als "Ventil für Unzufriedenheit" begreift, und ihren Nutzen somit in einer Kompensation von Mängeln in der psychosozialen Interaktion im Krankenhauses sieht.

Für die **niedergelassenen Ärzte** wird der geringste Nutzen angenommen. Nur drei der

Interviewten nannten hier mögliche positive Auswirkungen. Als generell "sicher interessant" für die Niedergelassenen bezeichnete KE 4 eine Befragung wegen "der wechselseitigen Abhängigkeit" zwischen ihnen und Krankenhaus. Eine "Entscheidungshilfe beim Überweisungsverhalten" und einen "besseren Informationsfluß durch den Patienten" nannten die anderen beiden als Nutzen (KE 5,1).

Frage 2.4 : Wie schätzen Sie die Chancen für die Umsetzung und Anwendung von Ergebnissen aus Patientenbefragungen ein?

Wo sehen Sie hierfür die Nachteile oder Schwierigkeiten?

Die Möglichkeiten zur Umsetzung und Anwendung von Ergebnissen aus Patientenbefragungen sehen die Experten insgesamt eher kritisch. Vor allem ökonomische Gründe und die begrenzten Ressourcen der Mitarbeiter stehen dem entgegen. In Bezug auf die finanziellen Probleme meint KE 7: "Allerdings nehme ich nicht an, daß Erkenntnisse, die eine gravierende Leistungsverdichtung bestätigen und daraus resultierend eine Qualitätsverschlechterung, etwas gegen den Kostendruck der Politik ausrichten können" Gleichzeitig sieht er aber in anderen Bereichen auch große Chancen für Umsetzungen, aufgrund des bereits erwähnten Wettbewerbs zwischen den Krankenhäusern. Diese Veränderungen im Krankenhaus dürfen dann aber möglichst kein Geld kosten und auch die zusätzliche Belastung des Personals darf nicht zu hoch sein: "Die Initiative und Mehrarbeit der Mitarbeiter ist begrenzt. Die motivierte Projektgruppe, die Vorschläge macht, ist dann auch noch für deren Umsetzung in der alltäglichen Arbeit verantwortlich" (KE 8). In den Augen von KE 4 geht das Problem sogar noch etwas weiter: "Das ist ein ganz, ganz schwieriges Thema. Ich will nicht zuviel aus dem Nähkästchen plaudern. Die Führung in den Abteilungen ist nach wie vor fachkompetent orientiert, weiß nicht viel über Mitarbeiter- und Patientenführung. Obwohl jetzt andere Leistungen neben den medizinischen gefragt sind, wird ihr Stellenwert wohl noch bis zur nächsten Generation gering sein. Auch die Schwierigkeiten mit den Assistenzärzten liegen darin, daß Informationen durch die Chef- und Oberärzte den unteren Ebenen vorenthalten werden, daß es keine Sprechregeln gibt. Eine gute Kommunikation auch gegenüber Patienten ist zwar aufwendiger, aber letztendlich wirksamer, weil sie Nachfolgespräche und Zeit erspart" (KE 4).

Frage 2.5 : Welche praktischen Probleme sehen Sie für die Durchführung einer Befragung von Kurzzeit-Patienten im Krankenhaus?

Ein Experte bezog die Fragen auf seine Abteilung, wo er keine Probleme sah. Die anderen fünf nennen folgende mögliche Probleme:

Je nach Art der Befragung ist die Unterstützung durch das Pflegepersonal erforderlich (KE6.3), daß bei zunehmenden Personaleinsparungen oft bereits mit der alltäglichen Arbeit überlastet ist. Außerdem gibt es bei einer mündlichen Befragung das Problem, daß man die Kurzlieger schlecht zu fassen kriegt, was sich bei einer schriftlichen Befragung in einer niedrigen Rücklaufquote bemerkbar machen kann (KE 6.3, 8). Die Wahl des Befragungszeitpunkts ist ebenfalls nicht einfach. Während KE 4 14-20 Tage nach der Entlassung für den besten Zeitpunkt hält, ist nach Ansicht von KE 1 die Kombination von zwei verschiedenen Befragungszeitpunkten sinnvoll. Der erste sollte "direkt nach dem Aufenthalt liegen, um die emotional gefärbten, zwischenmenschlichen Dimensionen zu bekommen und der zweite sollte nach 3-6 Monaten die Ergebnisqualität abfragen. Dabei müßte die Befragung nach unterschiedlichen Diagnosen und Therapieschemata differenziert durchgeführt werden."

Abschnitt 3: Dimensionen und Anforderungen

Die Fragenkomplexe 3 und 4 wurden von den Krankenhausexperten weniger umfassend beantwortet. Die meisten Befragten ließen mehrere Fragen aus. Teilweise hatten sie sich schon im Verlauf des Gesprächs an anderer Stelle zu den hier angesprochenen Themen geäußert, was in der Auswertung dann hier mitaufgeführt wird. Zum anderen haben einige Experten in ihrem Arbeitsbereich weniger mit den angesprochenen Bereichen zu tun. Außerdem hat die Beantwortung der vorangegangenen Fragen in einigen Fällen bereits sehr viel Zeit in Anspruch genommen, so daß dann teilweise aus terminlichen Gründen oder wegen des beiderseitigen Aufmerksamkeitsabfalls auf ein Drängen nach detaillierteren Antworten verzichtet wurde. Zur besseren Einschätzung der Resonanz der Interviewpartner auf die folgenden Fragen ist deshalb jeweils im Anschluß an die Fragen in Klammern die Zahl der Interviewpartner angegeben, die hierauf geantwortet haben.

Frage 3.1 : Welche konkreten Merkmale bzw. Dimensionen der Krankenhausversorgung können und sollten aus Sicht der Patienten beurteilt werden? (7 Interviewpartner)

Folgende Items wurden genannt (Häufigkeit der Nennung in Klammern):

Zuwendung/Betreuung	(5)	Ergebnisqualität	(2)
Seelsorgerische Betreuung	(1)	Umgangsformen	(2)
Hotel- Servicebereich	(3)	Wartezeit	(1)
Essen	(2)	Mitsprachemöglichkeit	(1)
Informationsfluß	(2)		

Frage 3.2 : Welche besonderen Anforderungen stellen Kurzzeit-Patienten im allgemeinen und spezielle (weiter vorn genannte) Untergruppen an das Krankenhaus und das Personal? (7 Interviewpartner)

Diese Frage wurde unterschiedlich verstanden und aus zwei verschiedenen Blickwinkeln beantwortet. Sie sollte Aufschluß darüber geben, welche Anforderungen an den Krankenhausaufenthalt für die Gruppe der Kurzzeitpatienten besonders wichtig sind. Drei Gesprächspartner äußerten sich hierzu und nannten rationelle Zeitabläufe (KE 5,6) und einen möglichst aus einer Hand koordinierten Behandlungsverlauf (KE 7) als Merkmale, die speziell für Kurzzeitpatienten Bedeutung haben. Die anderen antworteten aus Sicht des Krankenhauses und nannten personelle und strukturelle Voraussetzungen die erfüllt sein müssen, um der organisatorischen Herausforderung Kurzzeittherapie gewachsen zu sein. Diese Bedingungen sind bereits in die Antworten auf die Fragen 1.2 und 1.3 miteingeflossen.

Frage 3.3 : Welche Maßnahmen (Service, Ausstattung, psychosoziale Betreuung, medizinische Versorgung etc.) treffen bei Kurzzeit-Patienten vermutlich auf besonderes Interesse? Sind spezifische zu hohe oder zu niedrige Ansprüche bei diesen Patienten zu erwarten? (2 Interviewpartner)

Die Einrichtung von Erholungs- und Rückzugsbereichen neben einem normalen Wartesaal und festen Sprechzeiten der verschiedenen am Ablauf beteiligten Einheiten treffen bei

Kurzzeitpatienten vermutlich auf besonderes Interesse (KE 4). Wobei ein Experte spezifisch höhere Ansprüche bei Kurzzeitpatienten voraussetzt: "Es sind im ambulanten Bereich kritischere Patienten zu erwarten, die mit dem vorhandenen Personal und den Strukturen nicht zu befriedigen sind" (KE 2).

Frage 3.4 : Welche Ansprüche an Qualität bzw. welche Dimensionen von Qualität sind für niedergelassene Ärzte und andere externe Kooperationspartner des Krankenhauses am wichtigsten? (5 Interviewpartner)

Aus Sicht der niedergelassenen Ärzte nannten die Befragten als wichtigste Qualitätsdimensionen die Qualität der medizinischen Leistung, einen reibungslosen Informationsfluß (schnelle Arztbriefübergabe) und eine gesicherte "Patientenrückführung", womit gemeint ist, daß die Niedergelassenen ihre Patienten gerne wiedersehen wollen (KE 1,6,7).

Abschnitt 4: Positive Ansätze und Hürden

Die Antworten in diesem Komplex sind nur schwer zusammenzufassen, weil jeder Befragte aus einem anderen Blickwinkel antwortet und sich dabei meist auf seinen Arbeitsbereich bezieht. Oft wird dabei nur ein Teilaspekt der Frage beantwortet, manchmal sind die Antworten auch ganz losgelöst von der Frage und beschäftigen sich mit einem anderen Bereich des angesprochenen Themenkomplexes.

Mögliche Erklärung:

"Das Qualitätssicherungsbewußtsein im Krankenhaus entsteht erst." (KE 5)

Frage 4.1 : Sind Ihnen Strategien der Veränderung wie z.B. "Organisationsentwicklung" und "Qualitätsmanagement" ein Begriff? Wenn ja, was könnte durch sie im Bereich der Kurzzeit-Patienten erreicht werden? (5 Interviewpartner)

Zwei Experten erwähnen das Zertifikat A, Qualitätssiegel des LBK als Beispiel für Qualitätsmanagement, einer nennt "eigene Qualitätszirkel, um Unwirtschaftlichkeiten abzubauen" (KE 4). Allerdings zählen zwei von ihnen und ein weiterer gleich umfangreiche

Hindernisse und Kritikpunkte auf, die in die Antworten auf Frage 4.3 miteinfließen. Nur einer der Experten formuliert einen möglichen Nutzen für Kurzzeitpatienten im Sinne des zweiten Teils der Frage. Er glaubt, daß eine "größere Mündigkeit des Patienten" ein möglicher Gewinn aus "Organisationsentwicklung" und "Qualitätsmanagement" sein kann, seiner Ansicht nach die Grundvoraussetzung, um irgendeine Änderung im Gesundheitswesen herbeizuführen wie er an anderen Stellen des Gesprächs bereits geäußert hat.

Frage 4.2 : Was verstehen Sie unter "Gesundheitsförderung" in diesem Kontext? Welche gesundheits-fördernden Maßnahmen für Kurzzeit-Patienten wären sinnvoll und möglich? (4 Interviewpartner)

Während ein Experte die Kontaktdauer der Kurzzeitpatienten für zu niedrig hält um gesundheitsfördernde Maßnahmen anzubieten (KE 4) sieht ein anderer das Problem beim Personal: "Gesundheitsförderung geht nicht mit den Teams, die jetzt etwas völlig anderes machen. Es braucht Spezialisten im Krankenhaus" (KE 1). Dagegen ist es zumindest theoretisch immer möglich "sich einfach Zeit zu nehmen, mit den Patienten über ihre Lebensführung zu sprechen und da ein paar meist simple Schlußfolgerungen zu ziehen (Ernährung/Arbeitssituation/familiäre Probleme)" (KE 7). Inwieweit die zeitlich eng kalkulierten Abläufe der Kurzzeittherapie tatsächlich Raum dafür lassen ist fraglich. Realitätsnäher ist die Umsetzung des folgenden Vorschlags: "Durch die Verkürzung der Liegezeit ist die Bedeutung der nachgehenden Prävention größer. Aufklärung über Nachbehandlung (Ergotherapie, Krankengymnastik) muß mit mehr Nachdruck betrieben werden" (KE 6.1). Desweiteren werden aus dem allgemeinen Bereich der Gesundheitsvorsorge Arbeitsschutz, Unfallverhütung, Sturzassessment und Informationsveranstaltungen für Laien genannt.

Frage 4.3 : Welche internen/externen Probleme oder Zwänge (z.B. Bürokratie, Finanzierung, Überbeanspruchung, Entmutigung) sehen Sie bei der Einführung bzw. Umsetzung qualitätssichernder Maßnahmen in der Versorgung von Kurzzeit-Patienten? Wo liegen die wichtigsten Hindernisse? (4 Interviewpartner)

Bei der Beantwortung der Frage lag der Fokus mit Ausnahme des ambulanten Operierens nicht speziell bei den Kurzzeitpatienten, sondern bei generellen Problemen der Umsetzung qualitätssichernder Maßnahmen.

Die größten Hindernisse sahen die Experten dabei in einer Berufspolitik, deren höchstes Ziel die Einkommensvermehrung des eigenen Standes ist, einer Instrumentalisierung der Qualitätssicherung zu Marketingzwecken, der fehlenden Finanzierung, und unzureichender personeller und struktureller Ressourcen sowohl im Bereich der Niedergelassenen, als auch im Krankenhaus.

Eine nachhaltige Qualitätssicherung scheitert schon daran, daß niemand sie bezahlen will. "...es wäre wünschenswert eine Patientenbefragung durchzuführen, nach einem halben oder nach einem Jahr. Aber man sieht keine Chance bei dem derzeit geltenden Kostenerstattungssystem, bei den Schwierigkeiten mit Datenschutz etc. nach einem Jahr die Leute anzuschreiben. Wer soll das machen, wer soll das bezahlen, wer soll das auswerten?" (KE 3,7). Die unzureichenden strukturellen Ressourcen sind teilweise auch eine Finanzierungsfrage, wie z.B. die Notwendigkeit einer guten EDV-Anlage (KE 7). Viel schwieriger zu beheben dürften aber die strukturellen Probleme sein, die aufgrund der Abläufe in unserem Gesundheitssystem entstehen. "Wie kann man gerade bei ambulanten Operationen, wo man ja doch den Patienten nur einen Tag sieht, wo eine mögliche Nachbehandlung durch einen anderen Doktor erfolgt, wie kann man sicherstellen, daß man von diesem Patienten nochmal hört, ob er mit der Behandlung zufrieden war? Und wie sind die Langzeitergebnisse?" (KE 3).

Oft ist eine Qualitätsverbesserung garnicht das Ziel, sondern "der Marketing-Aspekt dominiert das Qualitätsmanagement", was ein Experte aus dem Krankenhausmanagement anhand des folgenden Beispiels aus seiner Erfahrung erläutert. Die drei Hamburger Krankenhäuser, die sich für das Zertifikat A (Qualitätssiegel des LBK für die Einführung von Qualitätssicherungs-Maßnahmen) beworben haben, erhoffen sich dadurch Wettbewerbsvorteile. Während aus der Sicht des Experten ein Bewerber aufgrund des Konkurrenzdrucks unter den Krankenhäusern den Makel eines zurückliegenden Skandals loswerden will, präsentiert sich das zweite Krankenhaus mit einer Maßnahme, die nur minimalen Aufwand bedeutet, weil sie bereits früher in einem anderen Zusammenhang etabliert wurde und im nächsten Krankenhaus initiierte der ärztliche Direktor die frühe Bewerbung, wohlwissend, daß seine unmittelbar bevorstehende Pensionierung ihn vor der inhaltlichen Umsetzung bewahren würde.

Die Einführung von bundesweiten obligatorischen Qualitätssicherungs-Maßnahmen für einzelne Behandlungsformen wird erheblich erschwert durch die Interessenskonflikte der beteiligten Fachgesellschaften und Berufsverbände meinten zwei Experten. Der eine berichtet am Beispiel des ambulanten Operierens aus seiner Erfahrung in einem Gremium bei der Zentralstelle der ärztlichen Qualitätssicherung der Bundesärztekammer: "Da geht es vorbei an den sachlichen Inhalten, das interessiert keinen Menschen, ob sie den von vorne oder von hinten operieren,

sondern hier brach der nackte Kampf aus zwischen niedergelassenen Operateuren und Krankenhausoperateuren. ...wenn dort gelegentlich doch mal einer sagt, es geht doch um den Patienten, dann fordert das ein müdes Lächeln heraus, weil das in der Medizin immer gesagt wird, wenn einem sonst nichts mehr einfällt" (KE 3). Die marktwirtschaftlichen Interessen der niedergelassenen ambulanten Operateure sahen beide als entscheidenden Hinderungsgrund für effektive Qualitätssicherung im Bereich des ambulanten Operierens. Denn nur über eine hohe Auslastung der Geräte durch eine weite Indikationsstellung und häufig auch eine "schludrige Durchführung" der Behandlung ist das ambulante Operieren für niedergelassene Ärzte lukrativ (siehe auch Frage 1.2).

Auf der anderen Seite "entsteht das Bewußtsein für Qualitätssicherung im Krankenhaus erst", was bei der Vielzahl der beschriebenen Nebeninteressen nicht verwunderlich ist. So prangern zwei Experten die Qualitätssicherung als aufwendige Sammlung von Daten ohne spürbare Auswirkungen an.

"Es sind Begriffe, die ich bald schon nicht mehr hören kann. ..Es werden unendlich viele Daten gesammelt und mir ist überhaupt nicht klar, was mit den Daten angefangen wird. Es scheint oft als Alibifunktion zu dienen" (KE 7).

Frage 4.4 : Kennen Sie konkrete Pläne oder Qualitätssicherungsmaßnahmen für eine verbesserte Versorgung von Kurzzeit-Patienten, eventuell nur für bestimmte Zielgruppen? Ggf. bitte beschreiben! (5 Interviewpartner)

Qualitätssicherungsmaßnahmen auf Krankenhaus-, Landes- und Bundesebene wurden hier genannt. Auf Krankenhausebene sei in einem Haus die "Nachsorge für ambulante Patienten verbessert worden". In einem anderen läuft ein (inzwischen aufgegebenes, d.A.) Projekt zur Qualitätssicherung bei Strahlentherapiepatienten, das ausgedehnt werden soll auf internistisch-onkologische Patienten, auf Hamburger Ebene".

Ebenfalls auf Landesebene ist das bereits erwähnte Zertifikat A des LBK zu sehen, das von zwei Experten als Negativbeispiel genannt wird. Beide halten es für kein taugliches Instrument der Qualitätssicherung: "ein Riesen-Daten-Grab..., das nur Selbstverständlichkeiten, wie das Vorhandensein von Infektions- und Komplikationsstatistiken überprüft" (KE 4) und das die Zunahme von Täuschungen gegenüber dem LBK mit sich bringt (KE 2).

Auf Bundesebene wird ein Qualitätssicherungsprogramm für das ambulante Operieren sowohl im Krankenhaus als auch im Bereich der Niedergelassenen genannt. Erschwert durch die unter der vorherigen Frage beschriebenen Konflikte wird der Versuch unternommen, zumindest in

Form eines Formblatts, in das die wichtigsten Parameter der Struktur- und Prozessqualität eingetragen werden, die Qualitätssicherung für Niedergelassene und Krankenhäuser zu vereinheitlichen.

Frage 4.5 : Für welche Untergruppen der Kurzzeit-Patienten sehen Sie zur Zeit den größten und den geringsten Handlungsbedarf?

Lassen sich Angaben machen, wo der Qualitätssicherungsbedarf aufgrund zunehmender Quantitäten besonders groß sein wird oder aufgrund einer besonderen Gefährdung der Qualität besonders nötig ist? (4 Interviewpartner)

Die vier antwortenden Experten nennen als Bereich mit besonderer Qualitätsgefährdung das ambulante Operieren und als Untergruppen: alte, behinderte, alleinstehende Patienten und Patienten aus unteren sozialen Schichten. Ganz allgemein hat die Eröffnung von neuen Abteilungen oder Einführung neuer Organisationsabläufe den größten Bedarf an Qualitätssicherung. Einer von ihnen stellte dabei klar, daß beim ambulanten Operieren im Krankenhaus keine besondere Gefährdung der Qualität gegeben ist, da der chirurgische Ablauf genau der gleiche ist, wie beim stationären Patienten. Ein etwaiges Risiko liegt allerdings im Nichterkennen möglicher Komplikationen nach der frühen Entlassung.

Frage 4.6 : Welche zusätzlichen Empfehlungen können Sie für ein Veränderungsprojekt machen? Durch wen könnten bzw. sollten Qualitätsverbesserungen umgesetzt werden? (1 Interviewpartner)

Der einzige Experte, der auf die Frage antwortet, sieht bei den Krankenkassen, die seiner Ansicht nach der entscheidende Faktor sind, gar kein Interesse an Qualitätsverbesserung. Das Interesse der Kassen ist, "wie kann ich am billigsten die Leistung erbringen, bei gerade noch ausreichender Qualität" (KE 3).

Abschnitt 5: Auswahl der zu befragenden Experten und Patienten

In diesem letzten Komplex der Interviews sollten Krankenhäuser mit hohem Kurzzeitpatientenanteil bzw. speziellen Einrichtungen für diese Patientengruppe als mögliche

Kooperationspartner für die Durchführung der Pilot- und der beiden Hauptstudien ermittelt werden. Ebenfalls wurde nach weiteren Experten gefragt, die sich in besonderer Weise mit diesem Bereich beschäftigen und die möglicherweise für weitere Interviews interessant wären. Auf beiden Gebieten konnten von den Befragten zahlreiche Angaben gemacht werden, die auch bei der weiteren Durchführung der Vorstudien sowie der Auswahl der Kooperationspartner berücksichtigt wurden. Auf eine Wiedergabe der einzelnen Antworten wird hier verzichtet. Die Fragen zu diesem Komplex finden sich im Anhang.

3.4 Ergebnisse der Interviews mit Patienten

Wie im vorherigen Abschnitt werden den Ergebnissen der Patienten-Interviews die jeweiligen Fragen des Interviewleitfadens vorangestellt. Aufgrund der großen Bandbreite und der Kürze der Antworten sind sie überwiegend im Original wiedergegeben. Wo es dennoch sinnvoll erschien, sind die Aussagen verschiedener Patienten zusammengefaßt oder einer gemeinsamen Überschrift zugeordnet worden.

Abschnitt 1: Allgemeine und spezielle Erwartungen

Frage 1.1 : Denken Sie bitte noch einmal an Ihre gesamte Krankenhaus-Behandlung (prä- und poststationär): Gab es dort irgendwelche Bereiche, die Sie geärgert oder enttäuscht haben und die künftig noch verbessert werden müssen?

- **Überraschend frühe Entlassung**
 - Der Patient führt seine Komplikationen darauf zurück, daß er bereits am nächsten Tag ohne sonographische Kontrolle "überstürzt" entlassen worden ist. Er war darauf nicht vorbereitet gewesen und sollte eigentlich erst am nächsten Tag entlassen werden. "Dienstag kam die Schwester und sagte >>Wenn Sie wollen, können Sie heute schon nach Hause<<" (PA 2).
 - "Ich wurde Hals über Kopf entlassen, weil mein Bett gebraucht wurde" (PA 3).
- Der Zwang zur **ambulanten Voruntersuchung wird als Mehrbelastung gesehen.**
 - "Eine ambulante Untersuchung mußte wegen der Schmerzen abgebrochen werden und wurde dann hier unter Betäubung gemacht. Weil die übrigen Voruntersuchungen

mittlerweile eine gute Woche alt waren, mußte alles nochmal gemacht werden" (PA 3). "Ich wollte erst wieder gehen, als die Ärztin in der Sprechstunde darauf bestand, daß alle Voruntersuchungen ambulant gemacht werden sollten. Das ist doch viel aufwendiger, die ganzen Extratermine zu machen" (PA 4).

• Lange Wartezeiten

- Pat beklagt, zu lange vor dem Operationssaal gewartet zu haben, wo es sehr kalt gewesen sei (PA 5).
- Die Patienten beklagten zu lange Wartezeiten vor der präoperativen Sprechstunde von 2 bzw. 3 Stunden (PA 7/8).

"Ich habe direkt nach der OP **Erbsenpürree** bekommen und wahnsinnige Schmerzen von den Blähungen gehabt" (PA 4).

Nach Abklingen der Narkose habe eine Ärztin mit einem Ruck am Hoden gezogen um den möglicherweise eingeklemmten Samenleiter zu lösen **während Besuch anwesend war**. Der Patient empfand das als äußerst **schmerzhaft** und **intimitätsverletzend** (PA 11).

Drei Patienten machten auf eine Alterseinschränkung des Klientels für die Kurzzeitchirurgie aufmerksam und hielten die **Selbstversorgung nach der frühen Entlassung** (Thrombosespritzen/Essen kochen) bei allein lebenden Menschen für problematisch, sahen bei sich selbst darin aber kein Problem (PA 3/4/5).

Frage 1.2 : Was hat Sie angenehm überrascht, auch wenn Sie nur sehr kurz im Krankenhaus waren? Sollten Ihrer Meinung nach viel mehr Patienten von dieser neuen Möglichkeit der Behandlung Gebrauch machen?

• Serviceleistungen

- "Alles war gut. Die Behandlung war gut. Der Kaffee war gut. Kommt nur noch darauf an, wie das Mittagessen wird" (PA 1).
- "Ich fand es sehr angenehm, daß es einen extra **Frühstücksraum** gab. Überhaupt der ganze **Hotelablauf** hat mir gefallen" (PA 11).

- Ärztliche und Pflegerische Versorgung
 - "Die **Narkose** war optimal eingestellt" (PA 10)
 - Eine Patientin lobte die **Krankengymnastik** in unmittelbarem Anschluß an die Operation (PA 6).
 - "Die Ärzte haben nachgefragt, wie es mir geht" (PA 15).
- Ablauforganisation
 - "Am Aufnahmetag kam man gleich dran" (PA 4).
 - Drei Patienten zeigten sich positiv überrascht von den **kurzen Liegezeiten** (PA 8/10/11).

Frage 1.3 : Auf welche Aspekte der Versorgung mußten Sie verzichten, weil Sie nur sehr kurz bzw. für wenige/keine Nächte im Krankenhaus behandelt wurden? Haben Sie etwas vermißt, auf das alle Patienten einen Anspruch haben sollten?

"Der Organisationsaufwand um **Fernsehen oder Telefon** anzumelden ist zu hoch, als daß er sich für die kurze Zeit lohnt" (PA 2).

Frage 1.4 : Welche konkreten Erwartungen, Wünsche und Ansprüche haben Sie an ein Krankenhaus bzw. die Betreuung vor und nach dem Krankenhausaufenthalt? Welche Merkmale (z.B. Information, Wartezeit, Hilfsbereitschaft) sind Ihnen besonders wichtig?

Die Frage war für die meisten Interviewten einfacher zu beantworten, wenn man zuerst einmal nach dem wichtigsten Merkmal gefragt hat.

- Die ärztliche/pflegerische Betreuung (PA 2/3/4/5/6/7/10/11/14)
 - "Große **Hilfsbereitschaft** der Schwestern" (PA 9)
- Die Sauberkeit/Hygiene (PA 2/11)

• Guter Informationsfluß/Aufklärung (PA 12/14/15)

- "Daß man weiß, was gemacht wurde und nicht so viele Fragezeichen offen bleiben" (PA 15).

• Qualität der medizinischen Versorgung

- "Die richtige Diagnose muß zuallererst gefunden werden" (PA 3).
- "Medizinisch optimal versorgt werden. Bei den paar Tagen ist alles andere nicht so wichtig" (PA 4).

"Das Essen spielt keine Rolle" (PA 11).

"**Gute Stimmung** unter den Patienten und mit dem Personal. Man hat auch viel gelacht" (PA 8).

"Kurze Besuchswege bei längerem Krankenhausaufenthalt" (PA 13).

Frage 1.5 Wie empfanden Sie die Kontinuität und Kooperation zwischen Ihrem Hausarzt/überweisenden Arzt und der Krankenhausbehandlung? Was erwarten Sie hierbei von Ihrem niedergelassenen Arzt? Wo gab es Probleme und was könnte man noch verbessern?

Diese Frage überforderte die meisten Befragten oder entsprach nicht der Realität. Die einzige "Kooperation" bestand meistens in der Empfehlung des Hausarztes, in das betreffende Krankenhaus zu gehen, der Durchführung der Voruntersuchungen und der Einweisung. Die Nachbehandlung wird in den meisten Fällen in der poststationären Sprechstunde durchgeführt. Stattdessen wurde danach gefragt, wie der Kontakt zum Kurzzeittherapiezentrum zustande kam. Die meisten der 15 befragten PatientInnen kamen auf Empfehlung oder Anraten des Hausarztes. Allerdings waren auch 6 der 15 befragten PatientInnen ohne vorherige Konsultation beim Hausarzt aufgenommen worden. Sie waren von einem anderen Krankenhaus verlegt worden (2), nach vorhergegangener OP in der Chirurgie des AKO aufgenommen worden (2), als Notfall aufgenommen worden (1) oder hatten aus Eigeninitiative direkt beim AKO angerufen (1).

Frage 1.6 : Für wie wichtig halten Sie persönlich eine Befragung von Patienten zur Krankenhausversorgung? Glauben Sie, daß sie eher positive, negative oder gar keine Folgen für die künftige Versorgung von Patienten hat?

Nachdem die ersten 5 Befragten bis auf eine Ausnahme mit dieser Frage nichts anfangen konnten, wurde sie in den weiteren Interviews nicht mehr gestellt.

Der Patient, der sich hierzu äußerte meinte: "Aufgrund der generellen Sparmaßnahmen im Gesundheitssektor wird das wohl nicht viel bringen" (PA 5).

Abschnitt 2: Ansätze für Gesundheitsförderung

Im zweiten Teil des Fragebogens sollte vor allem die Motivation und Motivierbarkeit der Kurzzeitpatienten im Bereich der Gesundheitsförderung erfragt werden. Dies geschieht vor dem Hintergrund, daß im Rahmen des entstehenden speziellen Qualitätsmanagements für den wachsenden Bereich der Kurzzeittherapie vorraussichtlich und wünschenswerterweise auch Aspekte der Gesundheitsförderung - teils explizit, teils implizit - umgesetzt werden.

Frage 2.1 : Was verstehen Sie unter dem Begriff "Gesundheitsförderung"? Was verbinden Sie damit?

- Rehabilitation/Kur
 - "Ich war auch schon mal zur Kur" (PA 2).
 - "Mit den Kuren wird sehr viel Mißbrauch getrieben so wie ich das sehe. Nicht alle Leute, die zur Kur fahren brauchen wirklich eine. Viele könnten genausogut Urlaub machen" (PA 4).

- Sparmaßnahmen/Entlassungen
 - "Im Gesundheitssystem wird ja viel gespart. Das wird ja heute alles eingeschränkt. Ich weiß auch von meinem letzten Krankenhausaufenthalt, daß da viel entlassen wird" (PA 2/4).

- Krebsvorsorge (PA 2/3/7/12)

- Frühförderung von behinderten Kindern (PA 3)

- Vorsorgeuntersuchung von Schwangeren (PA 7)

- Gesunde Lebensführung (PA 8/10/11/13)
 - "Da sollte jeder selber bei sich gucken. Eigentlich weiß man doch, was man tun sollte. Auf die Lebensgewohnheiten achten, Sport treiben, gesund leben" (PA 8).

- Raucherentwöhnung (PA 8)

Frage 2.2 : Haben Sie aufgrund Ihrer Krankheit oder Verletzung Ihren Lebensalltag umstellen müssen bzw. den eigenen Lebensstil geändert?

"Ich trinke schon jahrelang keinen Kaffee mehr und habe mich auch sonst eingeschränkt" (PA 4, ein Patient mit einer Gallenblasenerkrankung).

Von 6 weiteren Patienten wurde die Frage verneint. In den anderen Interviews wurde sie nicht gestellt, weil sie aufgrund des vorangegangenen Gesprächs oder des Behandlungsanlasses abwegig erschien.

Frage 2.3 : Für wie wünschenswert halten Sie es, daß Krankenhäuser ein stärkeres Gewicht auf Gesundheitsförderung legen? Haben Sie eine Idee, wie diese Unterstützung speziell für Kurzzeit-Patienten aussehen könnte?

Die meisten Befragten wußten hierauf nicht zu antworten. Die Interviewten, die sich dazu äußerten, fanden Gesundheitsförderung generell wünschenswert, sahen größtenteils aber keine Ansatzpunkte dafür im Kurzzeitbereich. Die vorgeschlagenen Maßnahmen sind eher allgemeiner Art.

- "Rückfälle vermeiden, z.B. bei Knieoperationen, indem man von den Krankengymnasten erklärt bekommt, welche schädlichen Bewegungen man vermeiden muß" (PA 7).
- "Gute Aufklärung durch die Ärzte, Verhaltensregeln, die man mit auf den Weg bekommt" (PA 11).
- "Gewichtsreduktion" (PA 3)

Frage 2.4 : Wer trug Ihrer Meinung nach die größte "Verantwortung" oder "Last" für die Bewältigung Ihrer Krankheit? Inwieweit trugen die folgenden Gruppen dazu bei?

- > Haus-/Facharzt*
- > Ärzte und Pflegekräfte im Krankenhaus*
- > andere soziale Dienste (z.B. mobile Pflegedienste, Sozialamt)*
- > Angehörige, Freunde, Nachbarn*
- > Sie selbst*

Auch diese Frage erschien den meisten Befragten abwegig. Es erschien ihnen als selbstverständlich, daß die Hauptverantwortung beim Operateur lag und die Hauptlast bei ihnen selbst.

3.5 Ergebnisse der Interviews mit niedergelassenen Ärzten

Die telephonischen Interviews mit niedergelassenen Ärzten wurden anhand eines zweiteiligen Leitfadens geführt. Im ersten Abschnitt wurden Fragen zur Nutzung kurzzeittherapeutischer Angebote für das jeweilige Patientengut des Arztes gestellt. Eine Einschätzung der Bedürfnisse der Patienten und möglicher Qualitätsverbesserungen folgt hier. Den Anforderungen und Erwartungen des niedergelassenen Arztes an die Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus allgemein und speziell im Bereich der Kurzzeittherapie ist der zweite Abschnitt des Leitfadens gewidmet. Zum Teil wurden die kurzen Interviews von einem bestimmten Kernthema beherrscht, das mehrfach in verschiedenen Antworten auftauchte, was seine Aktualität oder Bedeutung für den befragten Arzt zeigte (z.B. Umgang des Verwaltungs- und medizinischen Personals mit den Patienten, NÄ 4). Ähnliche Themenkomplexe, die von verschiedenen Gesprächspartnern auf unterschiedliche Fragen hin angesprochen wurden, sind zusammengefasst an der Stelle, an der sie am häufigsten genannt wurden. Wie in den vorhergegangenen Abschnitten werden die einzelnen Interviewpartner mit Kürzeln bezeichnet, in diesem Fall "NÄ".

Abschnitt 1:

Zu stationären Kurzeitaufenthalten Ihres Patientenlientels

Frage 1.1 : Welche Anlässe für einen stationären Kurzeitaufenthalt kommen bei ihren Patienten am häufigsten vor?

Als häufigste Einweisungsgründe wurden neben den jeweils fachspezifischen Diagnosen (Herzkatheteruntersuchung/Schlafapnoediagnostik/Bronchoskopie/Entfernung von Kolonpolypen u.a.) vor allem Leistenbruch, Cholecystektomie und Varizenentfernung genannt.

Frage 1.2 : Nutzen Sie die Möglichkeit von stationären Kurzeitaufenthalten in den letzten Jahren häufiger (ggfs. bei welchen Anlässen)?

Von den 11 befragten Ärzten gaben 5 an, in den letzten Jahren die Möglichkeiten von stationärer Kurzzeittherapie für ihre Patienten häufiger zu nutzen. Dazu gehörten zwei der Kardiologen, die beiden Hausärzte und der Chirurg. Als häufigen speziellen Anlass nannte einer der Hausärzte die Kataraktoperation, bei der er aber eigentlich nur Dienstleister ist: "Die Patienten kommen ja meist vom Augenarzt und es heißt, da muß eine Operation gemacht werden. Dann machen wir nur die nötigen Voruntersuchungen" (NÄ 8). Die anderen verwiesen auf die in der vorherigen Frage genannten Anlässe. Alle vier befragten Pulmologen verneinten, daß sie die Möglichkeiten der Kurzzeittherapie jetzt häufiger nutzen, allerdings überweisen sie aufgrund der Anforderungen ihres Faches und der Ausstattung ihrer Praxen generell selten Patienten ins Krankenhaus. Einer der Pulmologen und der Proktologe berichteten von gleichbleibenden Zahlen, weil die Anlässe, bei denen sie ihre Patienten ins Krankenhaus einweisen sich nicht geändert haben und immer schon eine Einweisung erforderlich machten (u.a. Polypenabtragung und Bronchoskopie). Unter der neuen Überschrift "Kurzzeittherapie" haben sich bei den genannten Anlässen Indikationsstellung und Behandlungsdauer nicht geändert. Nur ein Arzt gab an, die Zahl der Einweisungen zur Kurzzeittherapie vermindert zu haben, "weil wir einsparen müssen wegen dem Seehofer" (NÄ 2).

Frage 1.3 : Mit welchen Einrichtungen/Krankenhäusern arbeiten Sie dabei vorwiegend zusammen?

Insgesamt wurden 13 verschiedene Häuser genannt. Während die Pulmonologen vorwiegend in Lungenfachkliniken überweisen, richten sich die anderen befragten Ärzte anscheinend eher nach der Entfernung von der Praxis oder nach persönlichen Kontakten zu Operateuren und Behandlern im Krankenhaus.

Frage 1.4 : Welche Qualitätsmerkmale der stationären und ambulanten Versorgung (z.B. psychosoziale Betreuung, Aufklärung, Vor- und Nachbetreuung) sind Ihrer Erfahrung nach am wichtigsten für die Patienten?

Der Perspektivwechsel, den diese Frage erforderte, konnte die Hälfte der interviewten Ärzte trotz Fettdrucks in der Fragestellung nicht nachvollziehen. Mit der zunehmenden Entfernung zur Primärversorgung nahm bei den Ärzten auch die Fähigkeit ab, den Krankenhausaufenthalt aus Patientensicht zu beurteilen. Die Antworten waren stattdessen oft identisch mit den Anforderungen, die die Ärzte aus ihrer eigenen Sicht an den Krankenhausaufenthalt stellten und die in Frage 2.1 erhoben wurden. Ein Arzt konnte nicht antworten, weil er die Frage auch nach mehreren Umformulierungen nicht verstand (NÄ 6) und ein anderer, weil er durch mangelnde Kommunikation mit seinen Patienten überfragt war: "Da höre ich eigentlich nichts" (NÄ 10). Insgesamt wurden elf verschiedene Qualitätsmerkmale genannt, die nach Ansicht der Ärzte für die Patienten am wichtigsten sind. Jeweils von drei Ärzten wurden die Merkmale "Aufklärung/Beratung" und "Verhalten von ärztlichem und pflegerischem Personal gegenüber den Patienten" genannt. Auffallend ist, daß darunter jeweils die beiden Hausärzte waren. Ihre Einschätzung kam den Erfahrungen aus den Patienten-Interviews am nächsten: "Wenn ich Kritik oder Lob über einen Krankenhausaufenthalt höre, dann ist es meist das Essen, die Betreuung durch das Personal und die Anzahl der Betten im Zimmer. Manche fühlen sich auch zeitlich gedrängt, z.B. mit der Aufklärung" (NÄ 8). Zweifach genannt wurde das Merkmal "Diagnosestellung und medizinische Leistung" während alle übrigen Qualitätsmerkmale nur einmal auftauchten. Dies waren: "Organisation, Informationsfluß innerhalb des Krankenhauses", "schnelle Terminvergabe", "Ein bleibender Ansprechpartner auf ärztlicher Seite", "Hilfen bei der räumlichen Orientierung" und die "Einbindung des niedergelassenen Arztes".

Frage 1.5 : Was könnte bei den Kurzaufenthalten Ihrer Patienten noch verbessert werden?

Einige Ärzte verwiesen hier auf Frage 1.4, weil bei Qualitätsmerkmalen wie z.B. "schnelle Terminvergabe" der Verbesserungsvorschlag gleich inbegriffen ist. Explizit als Verbesserungsvorschläge erneut angesprochen wurden die Intensivierung der individuellen Aufklärung und eine Verkürzung der Wartezeiten. Ein Arzt sah keinen vorrangigen Handlungsbedarf bei der Kurzzeittherapie, da er den Eindruck hat, "daß bei den Kurzaufenthalten manchmal Organisation und Betreuung besser laufen als bei den Langzeitaufenthalten" (NÄ 6). Darüberhinaus wurden fünf, im bisherigen Verlauf der Gespräche inhaltlich neue Vorschläge gemacht. Die Tatsache, daß einige Patienten, die morgens nüchtern zur Aufnahme kommen, dann aber doch nicht operiert werden, fand ein Arzt verbesserungswürdig, räumte aber zugleich das Problem der OP-Planung bei zeitgleicher Priorität der Notfallversorgung ein. Trotz der Kürze der Zeit sollte mehr auf die psychosomatischen Anteile der jeweiligen Erkrankung eingegangen werden und die Diagnostik auf die akute Fragestellung beschränkt bleiben: "Manche Kliniken können es nicht lassen bei Adam und Eva anzufangen, was dann meistens daran liegt, daß die Chefs es nicht so richtig im Griff haben" (NÄ 3). Als generelles strukturelles Hindernis für die Patientenversorgung im Krankenhaus bezeichnete ein Arzt das bestehende Chefarztsystem, ein Thema, das auch von 2 weiteren Ärzten an anderer Stelle angesprochen wurde und ausführlicher unter Frage 2.3 besprochen wird. Darüberhinaus sind Verbesserungen bei der An- und Abmeldung der Patienten im Krankenhaus nötig (NÄ 5 sprach dabei aber offensichtlich aus der Patientenperspektive, als selbst Betroffener).

Frage 1.6 : Haben Sie Anregungen dazu, wie dies geschehen könnte?

Sechs Ärzte nannten konkrete Anregungen. Sowohl die Forderung nach größerer Beachtung der psychosomatischen Anteile der Patienten als auch die Notwendigkeit einer Verbesserung der Organisation und des Umgangs mit den Patienten bei An- und Abmeldung bedürfen mehr Personals und besser geschulten Personals (NÄ 2, 4). Den langen Wartezeiten, die ein Pulmologe monierte, könnte mit der Einrichtung von mehr Plätzen begegnet werden, wozu allerdings eine bessere Honorierung ambulanter Therapie durch die Kassen Voraussetzung wäre (NÄ 11). Zur Verbesserung der telephonischen Erreichbarkeit (eigentlich eine Forderung zur Verbesserung der ambulant-stationären Kooperation) sollten in den Krankenhäusern Hotlines eingerichtet werden, die rund um die Uhr den niedergelassenen Ärzten zur Verfügung stehen. "Wenn das Personal

untereinander im reinen ist, fühlen sich meist auch die Patienten wohl" (NÄ 5). Verantwortlich für das Betriebsklima ist hauptsächlich der Chef, der sich aber meist nicht darum kümmert. Also müssen strukturelle Änderungen des Chefarztsystems vorgenommen werden (siehe Frage 2.3).

Abschnitt 2: Zur Verbesserung der Kooperation

Frage 2.1 : Welche Erwartungen an eine gute Kooperation mit dem Krankenhaus haben Sie als Arzt? Was muß gut klappen?

Während die Fragestellung erst einmal nur auf die Wunschvorstellung der Ärzte in Bezug auf die Zusammenarbeit abzielt, flossen in die Antworten vor allem die schlechten Erfahrungen und Reibungspunkte mit ein. Im Verlauf der Interviews war an dieser Stelle auch die größte emotionale Beteiligung der Befragten zu spüren, was die Tragweite der beschriebenen Mißstände zusätzlich deutlich macht.

Zentraler Kritikpunkt der niedergelassenen Ärzte war der mangelhafte Informationsfluß und die schlechte Erreichbarkeit der Krankenhausärzte, was eine Zusammenarbeit im Sinne eines "Konsiliums mit dem behandelnden Arzt" (NÄ 2) unmöglich macht. Die Tatsache, daß dieses Problem von allen Interviewpartnern angesprochen wurde, unterstreicht seine Dringlichkeit. Dabei ist der Informationsfluß in zwei Richtungen gestört, dessen Ursache allerdings beide male im Krankenhaus zu suchen ist. Zum einen ist es äußerst schwierig den gewünschten Krankenhausarzt telephonisch zu erreichen und zum anderen kommen die Informationen aus dem Krankenhaus in Gestalt der Arztbriefe zu spät und oft in lediglich rudimentärer Form beim Niedergelassenen an. Sieben Gesprächspartner kritisieren explizit die schlechte telephonische Erreichbarkeit. Mehrfach gefordert wird eine zentrale Ansprechperson, ein "Kontaktoberarzt, der erreichbar ist und nicht auf Visite oder sonstwo. Ich kann nicht 8 mal da anrufen" (NÄ 7). Die Qualität und die Dauer bis zum Eintreffen der Arztbriefe wird von drei der befragten Ärzte bemängelt: Bei den Kurzbriefen hat sich ein bißchen was getan wegen den PC's, die auf den Stationen stehen. Es kommt aber immer noch in bestimmten Kliniken vor, daß man 2-3 Wochen auf den Arztbrief warten muß" (NÄ 3) und dann "steht in den Kurzbriefen nichts drin" (NÄ 8). Andersherum kommen die von den Niedergelassenen mitgegebenen Arztbriefe oder Faxe nicht an der richtigen Stelle im Krankenhaus an ("Vieleicht wird die Faxempfangszentrale nicht richtig aufgeräumt", NÄ 6) oder werden nicht beachtet: "Es lohnt sich kaum ausführliche Briefe zu schreiben, wenn die Patienten ins Krankenhaus gehen, die werden nicht beachtet" (NÄ 4). Grund dafür sind sicherlich nicht nur organisatorische Mängel und die Überlastung der

Krankenhausärzte. Eine nicht zu unterschätzende Rolle dürfte auch das Machtgefälle spielen. In diesem Sinne wurde eine gewisse Selbstgefälligkeit und Arroganz seitens der Krankenhausärzte im Umgang mit den niedergelassenen Ärzten von fünf der Befragten beklagt.

"Wenn etwas Unvorhergesehenes passiert, muß ich schnell informiert werden. Es wird aber nie vom Krankenhaus angerufen wenn Patienten länger bleiben müssen. Immer rufe ich an" (NÄ 5).

"Die Leute in den Kliniken vergessen oft, daß wir Niedergelassenen meist auch leitende Funktionen in der Klinik hatten, bevor wir uns niedergelassen haben. ...und dabei leben die ja eigentlich von unseren Einweisungen" (NÄ 9). Die Entwertung der eigenen Arbeit seitens der Krankenhausmediziner wird für die niedergelassenen Ärzte am deutlichsten im Umgang mit ihren Vorbefunden und Diagnosen. So berichtet einer aus seiner eigenen Erfahrung im Krankenhaus, " wo...Patienten gegenübergetreten wird und gesagt wird: " Na gut, Ihr Arzt hat den Darm geröntgt, aber das müssen wir als erstes nochmal machen"... Das kenne ich aus meiner eigenen stationären Zeit noch als Prinzip, daß man dem Niedergelassenen sowieso nicht glaubt" (NÄ 1). Insgesamt monierten vier Ärzte die gängige Praxis von Doppeluntersuchungen trotz mitgegebener Befunde.

Wünschenswert erscheint den Ärzten mehr persönlicher Kontakt mit kurzen Rücksprachen verbunden mit gegenseitiger Akzeptanz.

Auch der Organisationsablauf im Krankenhaus erschien fünf der Befragten wichtig für eine gute Kooperation. Dabei nannten sie vor allem eine kurze Wartezeit bis zum Aufnahmetermin, möglichst ohne anschließende Terminverschiebung und einen "einfachen Anmeldemodus" (NÄ 10).

Frage 2.2 : In welchen Bereichen haben Sie in der Vergangenheit Probleme mit stationären Einrichtungen erlebt (wenn möglich bitte auch die Patientengruppe benennen, bei der es manchmal nicht geklappt hat)?

Auf Doppeluntersuchungen und Terminverschiebungen, die hier genannt wurden ist in der vorherigen Frage schon eingegangen worden. Ein Pulmologe berichtete über Probleme vor allem in den "gewöhnlichen Feld-Wald-und-Wiesen Krankenhäusern...,wo man den Krankheitsbildern oft nicht gewachsen ist" (NÄ 3) während ein Kollege meint, daß gerade "die großen Allgemeinkrankenhäuser...am schlechtesten funktionieren" (NÄ 7). Zwei Befragte äußern sich nicht, zwei weitere sehen keine Probleme, "falls doch habe ich sofort durch kurzen Kontakt die Probleme aus der Welt geschaffen" (NÄ 5). Ein besonders Problem im Zusammenhang mit dem Universitätskrankenhaus sah ein Kardiologe darin, daß "manchmal Patienten...wiedereinbestellt

(werden) aus medizinisch nicht einsichtigen Gründen, für Studien ect. ohne darüber informiert zu sein" (NÄ 6). Als Patientengruppen bei denen es verstärkt Probleme gegeben hat, wurden "schwierige, psychisch belastete Menschen" (NÄ 2) und schwerkranke Patienten genannt (NÄ 11).

Frage 2.3 : Haben Sie konkrete Pläne, Maßnahmen oder Ideen für eine verbesserte Zusammenarbeit bei der Versorgung von Kurzzeit-Patienten?

Ein Vorschlag für eine verbesserte Zusammenarbeit speziell für den Bereich der Kurzzeittherapie wurde genannt, während die anderen Maßnahmen die generelle Zusammenarbeit von Krankenhaus und ambulantem Sektor betreffen.

Der Vorschlag zur verbesserten Zusammenarbeit bei (chirurgischen) Kurzzeitpatienten betrifft die Voruntersuchungen des niedergelassenen Arztes. Um überflüssige Untersuchungen zu vermeiden und die Auswahl der vom einweisenden Arzt zu erhebenden Befunde und Laborwerte zu standardisieren, schlugen drei Ärzte vor, ein Formblatt zu entwerfen, das innerhalb eines Krankenhauses oder sogar für ganz Hamburg einen Standard festlegt. Denn "heute kommt es sogar vor, daß im gleichen Haus für die gleiche Operation unterschiedliche Laborwerte gefordert werden" (NÄ 8). Darüberhinaus schlug einer von ihnen die Einführung einer Chipkarte vor, "wo man die Untersuchungsdaten draufgeben könnte zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen, aber es gibt das Problem des Datenschutzes" (NÄ 4).

Auf eine technische Lösung des telephonischen Kommunikationsproblems hoffte ein Interviewpartner durch flächendeckende Einführung von ISDN-Anschlüssen mit direktem Anpiepen des betreffenden Arztes (NÄ 7). Die dringende Verbesserung des Informationsflusses von seiten des Krankenhauses wird hier erneut gefordert und besser geschultes Personal. Als Steuerungsinstrument zur Umsetzung der geforderten Veränderungen schlägt ein Befragter die Einführung von finanziellen Anreizen vor, "die sich im Nettoeinkommen der AiP'ler und Stationsärzte bemerkbar machen" (NÄ 3). Deutlich am häufigsten wurde der Vorschlag oder die Strategie genannt, durch persönlichen Kontakt die Kommunikationsstrukturen zu verbessern und Vertrauen bei den Krankenhausärzten aufzubauen. Das kann durch "enge Zusammenarbeit mit gleichbleibenden Krankenhäusern" (NÄ 4) erreicht werden. "Das geht nur über persönliche Bindungen. Wenn der Chirurg 10 mal in der OP gesehen hat, daß es genauso war, wie wir gesagt haben, glaubt er uns in Zukunft" (NÄ 1). Ein befragter Arzt sieht hier die Krankenhäuser gefordert: es "können Kennenlernabende für die niedergelassenen Ärzte im Einzugsgebiet veranstaltet werden um den persönlichen Kontakt herzustellen, was einiges erleichtert" (NÄ 8).

Frage 2.4 : Wo liegen vermutlich die größten Chancen und Hürden für eine erfolgreiche Umsetzung?

Die Motivation und Fähigkeiten des für die Organisation zuständigen Personals wurden im Sinne einer unabdingbaren Voraussetzung genannt. " Es müssen gute Kräfte im Vorzimmer sitzen, die organisieren können. Das ist das wichtigste" (NÄ 5). Die anderen fünf Antworten benennen Hürden. Einer rationalen arbeitsteiligen Zusammenarbeit bei der Versorgung von Kurzzeitpatienten steht unter anderem auch die Bequemlichkeit der niedergelassenen Ärzte selber entgegen: "Ich könnte vielleicht alle alten Daten zusammentragen und auswerten, aber es ist einfacher eben eine Einweisung zu unterschreiben" (NÄ 4). Daneben behindern zwischen Krankenhaus- und niedergelassenen Ärzten "oft Konkurrenzgedanken ein gemeinsames Bemühen um den Patienten" (NÄ 8). Recht ausführlich prangerten drei Ärzte die Nachteile der "beamtenhaften Strukturen des öffentlichen Dienstes" und besonders der "verkrusteten vordemokratischen hierarchischen Befehlsstrukturen des Chefarztsystems" an (NÄ 3). Auch "die Krankenhausverwaltung muß erkennen, daß sie ein Dienstleistungsunternehmen ist" (NÄ 7). Dabei hielten sie eine Veränderung vor allem des Chefarztsystems für utopisch, aber für unbedingte Voraussetzung nennenswerter Verbesserungen jedweder Vorgänge im Krankenhaus. Hier wird heftige Kritik geübt: "Personelle Führungskraft haben sie nicht und interessiert sie nicht und Patienten interessieren nur, so sie denn privat sind" (NÄ 5). "Die tatsächliche Arbeit wird von Azubis gemacht, die Profis, sofern es welche gibt, konzentrieren sich auf ihre Karriere und glänzen auf den Stationen mit Abwesenheit oder durch Oberarztvisiten einmal die Woche" (NÄ 3). "Solange sich die Chefarzte in abgelegenen Zimmern verbarrikadieren und sich mit potemkinschen Dörfern befassen, die ihnen die Oberärzte ins Ohr blasen wird sich auch nichts ändern" (NÄ 7).

2.5 Welche Probleme bei der Indikationsstellung für Kurzeitaufenthalte (diagnostischer oder therapeutischer Art) sehen Sie (z.B. zu enge oder zu weite Indikationsstellung)?

Die Gefahr einer wirtschaftlich bedingten Indikationsausweitung zur Auslastung der Kapazitäten der jeweiligen Einrichtung bildete den Hintergrund für diese Frage. Hier wurden allerdings keine nennenswerten Ergebnisse erzielt, was wahrscheinlich sowohl auf die Brisanz des Themas, als auch auf eine verbesserungsfähige Frageformulierung zurückzuführen ist. Während vier Befragte die Frage nicht verstanden oder nicht beantwortet haben sahen sechs der übrigen Befragten keine Probleme, weil sie "die Indikation selber stellen" (NÄ 6) oder "die Indikationsstellung weit

genug ist" (NÄ 10). Nur eine Ärztin hatte eine kritische Einschätzung: "Ich glaube, die Euphorie bringt oft eine zu weite Indikationsstellung. Es wird oft zuviel probiert" (NÄ 5).

3.6 Zusammenfassung

Die umfangreichsten und für die Fragestellung der Arbeit wertvollsten Informationen erbrachten die Interviews mit den 12 Krankenhausexperten. Von allen wurde der Rückgang der allgemeinen Verweildauer und die Zunahme von Kurzzeittherapie als eigener Behandlungseinheit bestätigt. Es wurde allerdings auch deutlich, daß es sich hierbei nicht um eine einheitliche Entwicklung handelt, sondern große Unterschiede zwischen verschiedenen Häusern und Fachrichtungen bestehen. So erstreckte sich die zeitliche Bandbreite der Expertendefinitionen für Kurzzeittherapie von 15 Minuten bis 5 Tagen. Die für den Untersuchungsbereich wichtigen Begriffe wurden geklärt und in einen Zusammenhang gebracht. Das "ambulante Operieren" spielt hierbei mengenmäßig eine untergeordnete Rolle, weil es für die Krankenhäuser unlukrativ ist und auch von den Patienten nicht in dem erarteten Maß angenommen wird. Hauptmotor für die beschriebene Entwicklung ist die Änderung des Abrechnungswesens mit Einführung von Fallpauschalen und einer allgemeinen Ausgabenbudgetierung, die über die Liegezeitverkürzung zu der gesundheitspolitisch geforderten Kostensenkung im Gesundheitswesen führen soll. Neben Aussagen über die Diagnosen/Behandlungsanlässe und Krankenhäuser, die in diesem Trend führend sind, gewährten die Experten Einblick in die organisatorischen, strukturellen und personellen Voraussetzungen für einen wirtschaftlichen Ablauf von stationärer Kurzzeittherapie. Die 17 Patienteninterviews, die in einem chirurgischen Kurzzeittherapiezentrum geführt wurden, bestätigten im wesentlichen die Qualitätsansprüche an einen Krankenhausaufenthalt und ihre Rangfolge untereinander, die in der sozialwissenschaftlichen Forschung bekannt sind. Speziell im Hinblick auf die Kurzzeittherapie wurden eine zu frühe und zu plötzliche Entlassung, mögliche daraus resultierende Versorgungsprobleme im häuslichen Umfeld und eine Mehrbelastung durch den Zwang zu ambulanten Voruntersuchungen als spezielle Qualitätsprobleme genannt. Vor allem im zweiten Teil der Interviews, der sich mit Gesundheitsförderung als Nebenaspekt beschäftigte waren die Patienten größtenteils mit der Beantwortung der Fragen überfordert.

Die Hälfte der 11 interviewten niedergelassenen Ärzte gaben an, ihre Patienten in letzter Zeit häufiger zur Kurzzeittherapie ins Krankenhaus einzuweisen. Die von ihnen genannten Qualitätsprobleme bei diesen Aufenthalten bezogen sich überwiegend nicht speziell auf

Kurzzeitaufenthalte. Es waren dies z.B. mangelnde psychosomatische Ausrichtung, übertriebene Diagnostik oder häufige Wechsel des ärztlichen Ansprechpartners. Die Schilderung der eigenen Probleme bei der Kooperation mit dem Krankenhaus nahmen allerdings den emotional und mengenmäßig größten Raum der Interviews ein. Alle Befragten übten Kritik an der mangelhaften Erreichbarkeit und Auskunftsfreudigkeit der Krankenhausärzte, wofür sie neben der notorischen Arbeitsüberlastung auch ein Machtgefälle und mangelnden Respekt vor ihrer fachlichen Kompetenz verantwortlich machten. Verbesserungen der Krankenhaus-Kommunikationstechnik, eine stärker standardisierte Zusammenarbeit zwischen ambulantem und stationärem Sektor und vor allem persönlicher Kontakt zu den Krankenhausmedizinerinnen soll hier Abhilfe schaffen.

4 DISKUSSION

4.1 Inhaltliche Bilanz der Interviews

Beschreibung des Untersuchungsbereichs

Vor allem die Interviews mit den Krankenhausesperten haben zur Klärung dieser zentralen Frage beigetragen. Dabei wurde durch die Uneinheitlichkeit im Gebrauch von Definitionen und Kategorien deutlich, daß die Strukturen der Kurzzeittherapie und ihre Einbindung in die "klassischen" Krankenhausabläufe als neue eigene therapeutisch-organisatorische Behandlungseinheit erst an ihrem Beginn stehen und noch formbar sind. Unterschiedliche Einrichtungen und die verschiedenen medizinischen Fachgebiete bieten ganz unterschiedliche Behandlungsformen unter dem Stichwort Kurzzeittherapie an. Dementsprechend breit gefächert war die Bandbreite dessen, was die einzelnen Experten unter Kurzzeittherapie verstehen. Die angenommene Dauer des Krankenhausaufenthaltes variierte von 15 Minuten bis 5 Tagen. Während für einige Experten Kurzzeitpatienten gleichbedeutend mit ambulant behandelten Patienten sind, schlossen andere diese Gruppe ganz aus und bezeichneten nur "Fallpauschalenpatienten, die man innerhalb von 5 Tagen vollstationär behandeln kann" (KE 3) als Kurzzeitpatienten. Eine dritte Gruppe betrachtet beides als Kurzzeittherapie.

Da es im Rahmen der Bundespflegesatzverordnung auch keine allgemeine sozialrechtliche Definition gibt, bietet es sich zur Abgrenzung des Untersuchungsgegenstands an, der offiziellen Krankenhausstatistik des statistischen Bundesamts folgend, solche Patienten als Kurzzeitpatienten zu bezeichnen, die maximal 2 Nächte im Krankenhaus verbringen.

Die verschiedenen gebräuchlichen Kategorien für diese Patienten beziehen sich auf unterschiedliche Aspekte: die Organisationsform oder den Abrechnungsmodus verschiedener kurzzeitiger Behandlungsformen oder eine rein zeitliche Einteilung.

Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz sind zum 1.1.1993 neue Behandlungsformen eingeführt worden, die der eben eingeführten Definition folgend ausschließlich Kurzzeittherapie beinhalten. Dies sind die "vor- und nachstationäre" Behandlung und das "ambulante Operieren", die beide innerhalb weniger Stunden bis eines Tages durchgeführt werden. Die Einführung eines neuen Entgeldsystems mit der Bundespflegesatzverordnung 1995 enthält als Kernstück einen ständig zu erweiternden Katalog von Behandlungsfällen, die ab dem 1.1.1995 optional und ab dem 1.1.1996 für alle Krankenhäuser verpflichtend über "Fallpauschalen" abzurechnen sind. Dadurch wird eine Verkürzung der Krankenhausaufenthaltsdauer angestrebt, es handelt sich aber nach obiger Definition nicht unbedingt um Kurzzeitpatienten, da ein Teil der Patienten mehr als 2 Nächte im

Krankenhaus verbringt. Trotzdem sehen die Krankenhausesperten hier zahlenmäßig und qualitativ den bedeutendsten Bereich der Kurzzeittherapie.

Die Begriffe "teilstationär" und "tagesklinisch" bezeichnen Therapieformen, bei denen die Patienten täglich zur Behandlung in die jeweilige Einrichtung kommen (z.B. Psychiatrie) und haben nichts mit Kurzzeittherapie zu tun. Die unter den befragten Experten nicht gebräuchlichen Begriffe "Tagespatienten" und "Stundenfälle" stammen aus der Krankenhausstatistik und bezeichnen Patienten, die das Krankenhaus innerhalb von 12 Stunden ohne Übernachtung wieder verlassen.

Vor- und nachstationäre Behandlung

Die "vor- und nachstationäre Behandlung" wird ambulant im Krankenhaus durchgeführt und dient der Diagnostik und Indikationsstellung bzw. der Nachbehandlung (z.B. Wundkontrolle, Fäden ziehen ect.). Anders als bei einem herkömmlichen Krankenhausaufenthalt ist der organisatorische Ablauf vergleichbar mit dem beim niedergelassenen Arzt. Die Vergütung dafür ist seit 1.1.1997 in der Fallpauschale enthalten.

Ambulantes Operieren

Das "ambulante Operieren", nach dem der Patient nach Hause entlassen wird, kann im Krankenhaus genauso wie in der Praxis des niedergelassenen Arztes durchgeführt werden. Aus finanziellen und marktpolitischen Gründen und wegen mangelnder Nachfrage nimmt es im Krankenhaus allerdings einen verschwindend geringen Platz ein. Der Anteil der ambulant operierten Patienten an der Gesamtmenge der Kurzzeitpatienten liegt unter fünf Prozent (KE 3).

Da es keine zusätzliche gesonderte Vergütung für das ambulante Operieren gibt, müssen die Krankenhäuser die Ausgaben dafür aus ihren Gesamtbudgets nehmen, die sie mit den Krankenkassen ausgehandelt haben. Es sind also keine Mehreinnahmen möglich. Durch die, im Vergleich zur ambulanten Praxis um ein vielfaches höheren Kosten (z.B. teilweise um das zehnfache höhere Materialkosten, KE 2), ist das ambulante Operieren beim derzeitigen Abrechnungssystem sogar ökonomisch schädlich, von einigen Ausnahmen abgesehen, wie z.B. den Kataraktoperationen. Außerdem wird in diesem Bereich von einigen Einrichtungen ein finanzieller Verlust bewußt in Kauf genommen, weil das ambulante Operieren aus Marketinggründen angeboten wird oder als Investition betrachtet wird, um Patienten an sich zu

binden. Wirtschaftlich gesehen kommt es dem Krankenhaus entgegen, daß die überwiegende Mehrheit der Patienten nach einem Eingriff aus Angst vor Schmerzen oder Komplikationen lieber noch eine Nacht stationär im Krankenhaus verbringt und so entweder Pfl egetage oder die entsprechende Fallpauschale abgerechnet werden kann. Marktpolitisch ist bei dieser Behandlungsform ebenfalls Zurückhaltung geboten, tritt das Krankenhaus dabei doch in unmittelbare Konkurrenz zu den niedergelassenen Ärzten, die ebenfalls ambulante Operationen durchführen und von deren Einweisungsverhalten wiederum die Krankenhäuser abhängig sind.

Ambulantes Operieren in der niedergelassenen Praxis

Auch die niedergelassenen Ärzte klagen über die nicht kostendeckende Honorierung des ambulanten Operierens. Bei gleicher Abrechnungsweise mit den Krankenkassen wie die Krankenhäuser führen sie aber deutlich mehr ambulante Operationen durch als diese. Die Krankenhausexperten sahen hier einen Konkurrenzkampf mit ungleichen Waffen, da die niedergelassenen Ärzte mit viel niedrigeren Qualitätsstandards und somit niedrigeren Kosten arbeiten würden. Auch eine unzulässige Indikationsausweitung sei an der Tagesordnung, weil wirtschaftlich die volle Auslastung der Praxiskapazitäten notwendig ist. Der 1993 einsetzende inflationäre Anstieg der ambulant durchgeführten Arthroskopien, bei gleichbleibenden Zahlen im Krankenhaus wurde hier als Beispiel genannt ebenso wie das zu frühe Operieren von Katarakten im niedergelassenen Bereich. Alle Versuche, eine Vereinheitlichung der Qualifikations- und Qualitätsstandards und eine gemeinsame Qualitätssicherung für alle Anbieter auf Bundesebene herbeizuführen, sind bisher an den Interessenskonflikten vor allem zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhausmedizinern gescheitert.

Anlässe für Kurzzeittherapie

In der folgenden Tabelle sind die, von den aus dem ambulanten und stationären Bereich befragten Experten am häufigsten genannten Anlässe für eine Kurzzeittherapie aufgeführt, ergänzt durch die häufigsten Aufnahmeanlässe in den Kurzzeittherapiezentren, in denen im Rahmen der Hauptstudie Patientenbefragungen durchgeführt wurden.

Abb. 11: Anlässe für Kurzzeittherapie

Innere Medizin	Chirurgie	ambulante Operationen
Herzkatheteruntersuchung/-therapie	Arthroskopie	Arthroskopie
Onkologie/Chemotherapie	Unfall/Notfall	Lythotrypsie
Endoskopie/Polypenabtragung	Cholezystektomie	Kataraktoperation
Schlafapnoediagnostik	Leistenhernienoperation	
	Materialentfernung	
	Varizenoperation	

Entwicklung im Bereich der Kurzzeittherapie und der allgemeinen Verweildauer

Alle Krankenhausfachleute bestätigten aus ihrer Erfahrung den allgemeinen Trend zur Verweildauerverkürzung und die Zunahme von spezieller Kurzzeittherapie und prognostizierten eine Verstärkung dieser Entwicklung. Aus seinem Krankenhaus berichtete ein Experte von einer Fallzahlsteigerung von 30% in den letzten 4-5 Jahren, während die Verweildauer um 30-40% gesenkt wurde. Parallel dazu gaben 5 der 11 niedergelassenen Ärzte an, in den letzten Jahren häufiger Patienten zur stationären Kurzzeittherapie einzuweisen, wobei anzunehmen ist, daß der generelle Trend unter den niedergelassenen Ärzten noch stärker ist, hier aber aufgrund der nicht repräsentativen Stichprobe niedriger ausfällt. Die vier befragten Pulmologen verneinten nämlich eine Änderung ihres Einweisungsverhaltens, obwohl sie, wie die anderen Interviewpartner zufällig von einer Liste von Ärzten ausgewählt wurden, die besonders häufig Patienten in ein bestimmtes Allgemeinkrankenhaus zur Kurzzeittherapie einweisen.

Unter Kurzzeittherapie verstehen die meisten Experten vor allem operative oder diagnostische/therapeutische Eingriffe, die im Rahmen einer eigens dafür neu geschaffenen räumlichen und/oder organisatorischen Struktur vorgenommen werden. Bei einer rein zeitlichen Eingrenzung der Kurzzeittherapie sind allerdings auch Behandlungsanlässe enthalten, die immer schon nur maximal zwei Übernachtungen nötig machten, aber nicht als eigentliche Kurzzeittherapie angesehen werden. In Bezug auf die Pulmologen sind dies z.B. die Schlafapnoediagnostik und Bronchoskopien.

Eine wichtige medizinische Grundlage, vor allem für die Kurzzeittherapie bildet die Ausweitung der Anwendungsmöglichkeiten der "Schlüsselloch- oder minimal-invasiven Chirurgie" und der Lasertherapie, die es in den operativen Fachgebieten ermöglicht mit kleinsten Operationswerkzeugen unter Vermeidung größerer Wunden zu operieren.

Allerdings sind in den Augen der Fachleute finanzielle Anreize die maßgebliche Ursache sowohl für die zunehmende Zahl von speziellen Einrichtungen für Kurzzeittherapie, als auch für den generellen Trend zur Verweildauerverkürzung. Diese Anreize sind vor allem durch die Einführung der Fallpauschalen im Rahmen des neuen Entgeldsystems für Krankenhäuser, verbunden mit einer globalen Budgetierung gegeben. Um unter den geänderten Rahmenbedingungen gewinnbringend zu arbeiten ist die größtmögliche Verkürzung der Liegezeit eine wichtige Strategie des Krankenhausmanagements²⁵.

Besonders lukrativ sind hierbei spezielle Einrichtungen für Kurzzeittherapie, in denen eine räumlich-organisatorische Struktur geschaffen wird, die eine Spezialisierung auf bestimmte fallpauschalierte Behandlungen/Eingriffe unter größtmöglicher Standardisierung zuläßt, sodaß zeit- und material- und somit kostensparend gearbeitet werden kann. Da eine Einrichtung für Kurzzeittherapie per se nur Patienten mit "guten Risiken" behandeln kann, sind multimorbide Patienten, die eine "teure" medikamentenreiche Behandlung benötigen automatisch ausgeschlossen. Dieses ist eine weitere wichtige Strategie des Krankenhausmanagements, um unter einem gedeckelten Budget gewinnbringend zu arbeiten. Besonders lukrativ ist diese Tatsache für kleine oft private Einrichtungen, die überwiegend oder ausschließlich Kurzzeittherapie anbieten und die diese "teuren Risikopatienten" dann nicht möglicherweise auf einer anderen Abteilung innerhalb des Hauses aufnehmen müssen. Desweiteren ist für ein Krankenhaus die Möglichkeit interessant, durch Bettenumwidmung und Schaffung neuer Arbeitsabläufe unter Umständen dem zunehmenden Betten- und Personalabbau entgegenwirken zu können.

Unterstützt durch diverse Serviceleistungen und einen Hotelcharakter kann eine moderne Kurzzeittherapieeinrichtung auch eine zentrale Rolle für das Krankenhausmarketing spielen, das vor dem Hintergrund des sich verstärkenden Konkurrenzkampfes unter den Krankenhäusern zunehmend an Bedeutung gewinnt. Das alles geschieht im Fahrwasser der USA, wo diese Entwicklung bereits seit Jahren stattfindet und die Verweildauern halb so hoch sind wie in Deutschland.

Qualität im Krankenhaus

Alle drei interviewten Gruppen wurden nach Qualitätsmerkmalen einer Behandlung im Krankenhaus aus der Patientensicht und insbesondere nach Qualitätsmerkmalen einer kurzzeittherapeutischen Behandlung befragt. Im Hinblick auf die Entwicklung des Fragebogens waren dabei vor allem spezielle Probleme bei der kurzzeittherapeutischen Behandlung von

²⁵ Als Reaktion hierauf sind gesetzlich vorgeschriebenen Mindestverweildauern festgelegt worden, die das

Interesse. Vor allem die Gespräche mit den Krankenhausesperten und den Kurzzeitpatienten lieferten hier wertvolle Hinweise. Ein Großteil der genannten Qualitätsmerkmale bezieht sich allerdings auf einen allgemeinen herkömmlichen Krankenhausaufenthalt und wird deshalb hier nur kurz dargestellt.

Die genannten Qualitätsmerkmale, die ein Krankenhausaufenthalt aus Patientensicht erfüllen sollte, sind in der folgenden Liste aufgeführt. Darin sind die Antworten aller drei befragten Gruppen zusammengefasst und nach der Häufigkeit ihrer Nennung und der ihnen zugewiesenen Bedeutung geordnet. In Klammern ist die Häufigkeit ihrer Nennung angegeben.

- ärztliche/pflegerische Betreuung, Zuwendung des Personals, Umgang mit den Patienten (20)
- gründliche Aufklärung, Beratung, fortlaufende Information über den Behandlungsablauf (8)
- Hotel- und Serviceleistungen, Essen, Sauberkeit und Hygiene (8)
- Qualität der medizinischen Versorgung und des Ergebnisses (6)

Die folgenden Merkmale wurden alle nur in jeweils einem Gespräch genannt:

- Mitsprachemöglichkeiten bei den Behandlungsentscheidungen
- Bleibende Ansprechpartner auf ärztlicher Seite
- Wahrung der Intimität der Patienten

- Kurze Wartezeiten
- Straffe Ablauforganisation
- Guter Informationsfluß der verschiedenen Beteiligten im Krankenhaus untereinander
- Hilfen bei der räumlichen Orientierung im Krankenhaus

- Einbeziehung des niedergelassenen (einweisenden) Arztes

Das am häufigsten genannte Qualitätsmerkmal, die ärztliche und pflegerische Betreuung mit Schwerpunkt auf dem zwischenmenschlichen Bereich, wurde von allen drei befragten Gruppen am häufigsten genannt. Am deutlichsten wurde seine zentrale Bedeutung bei den Patienten, von denen 2/3 hierin das wichtigste Qualitätsmerkmal eines Krankenhausaufenthalts sahen. Auffallend ist auch der deutliche Abstand zu den nachfolgenden Merkmalen.

Qualitätsanforderungen und mögliche Problemfelder im Bereich der Kurzzeittherapie

Neben den allgemeinen Qualitätsmerkmalen eines Krankenhausaufenthaltes haben für die Qualität der Kurzzeittherapie vor allem die spezifischen räumlichen, organisatorischen und personellen Voraussetzungen eine Bedeutung, die eine attraktive und wirtschaftliche Durchführung der Kurzzeittherapie überhaupt erst ermöglichen. Gleichzeitig liegen hier die größten Problemfelder. Einige allgemeine Qualitätsmerkmale eines Krankenhauses verlieren in der Kurzzeittherapie an Bedeutung, andere bekommen ein stärkeres Gewicht.

Räumliche Voraussetzungen

Für einen rationellen zeitökonomischen Ablauf der Kurzzeittherapie sind neben einer guten Organisation vor allem räumliche Bedingungen zu erfüllen. Am sinnvollsten ist eine eigene Einheit mit Patientenzimmern, Behandlungszimmern und Funktionsräumen sowie in den operativen Fächern einem nur für die Kurzzeittherapie reservierten OP-Saal. Die Gestaltung der Patientenzimmer, der Warteräume, eventueller Rückzugs- und Erholungsräume und der Anmeldung muß höheren Ansprüchen genügen als im normalen Krankenhaus. Sie orientieren sich eher an der Ausstattung einer größeren ambulanten Praxis bzw. strahlen vielfach ein "Hotel-Ambiente" aus, was von den Patienten sehr positiv erlebt wird. Teilweise werden sie, neben dem größeren Komfort, dadurch auch weniger in ihrer Selbständigkeit beschnitten, nehmen ihr Essen z.B. nicht im Bett, sondern in einem eigenen Essensraum zu sich.

Organisatorische Voraussetzungen

Zentrale Voraussetzung erscheint den Experten ein aus einer Hand koordinierter Behandlungsablauf. Oft gibt es hierfür eigene Fachleute, z.B. üblicherweise nicht im Krankenhaus arbeitende Arzthelferinnen. Die Koordination der Funktionsleistungen, vielfach eine Schwachstelle in Krankenhäusern hat für den Ablauf der Kurzzeittherapie große Bedeutung. Auch die Zusammenarbeit mit dem einweisenden Arzt ist hier wichtiger als im regulären Krankenhausablauf, wo sie meist mit dem Ausfüllen des Einweisungsscheins endet. Eine klare Kommunikation mit dem einweisenden Arzt ist nötig, damit Patienten nicht wegen fehlender Voruntersuchungen wieder nachhause geschickt werden müssen.

Die Delegation der Voruntersuchungen an die niedergelassenen Ärzte ist angesichts einer fallpauschalierten Abrechnung für das Krankenhaus zeit- und kostensparend. Einige Patienten empfinden diese zusätzlichen Termine zum Teil bei mehreren niedergelassenen Ärzten als Mehrbelastung, obwohl dadurch der Krankenhausaufenthalt verkürzt wird.

Die für das Krankenhaus wirtschaftlich notwendige, straffe Organisation mit dem Ziel der schnellstmöglichen Entlassung der Patienten führt dazu, daß Patienten nach ihrem Empfinden zu früh und mit einem unsicheren Gefühl entlassen werden. Inwieweit hierdurch trotz gegenteiliger Aussagen der verantwortlichen Ärzte die Gefahr eines vermehrten Auftretens von Komplikationen besteht ist fraglich. Ein für den Patienten positiver Aspekt der straffen Organisation ist die Notwendigkeit fester Sprechzeiten oder Termine der verschiedenen am Ablauf beteiligten Akteure. Der Anästhesist kommt z.B. nicht irgendwann im Tagesverlauf im Krankenzimmer vorbei um auf der Bettkante die notwendigen Details für die Narkose zu klären, sondern hat eine räumlich und zeitlich festgelegte Sprechzeit. Zum anderen besteht in der Notwendigkeit der zentralen Bündelung und Lenkung von Behandlungsaufträgen und Therapieentscheidungen die Chance, daß der Patient ein stärkeres Sicherheitsgefühl entwickelt und sich kompetenter behandelt fühlt, als bei einem herkömmlichen Krankenhausaufenthalt, der häufig durch wechselnde Ansprechpartner und für den Patienten oft undurchsichtige langwierige Entscheidungsabläufe gekennzeichnet ist.

Ein anderer qualitativer Aspekt der Organisationsabläufe sind die Wartezeiten für eine Terminvergabe, vor den vor- und nachstationären Sprechstunden und während der eigentlichen Therapie. Für ein gutes Funktionieren des Therapieablaufs müssen diese deutlich kürzer sein, als sie es im herkömmlichen Krankenhausablauf noch häufig sind. Es ist auch anzunehmen, daß die Patienten, die sich bewußt für eine Kurzzeittherapie entscheiden, kritischer bei Verzögerungen sind als der Durchschnittspatient. Überhaupt wird angenommen, daß in kurzzeittherapeutischen Einrichtungen im Durchschnitt kritischere Patienten anzutreffen sind als im normalen Krankenhaus. Neben anderen Ursachen wird dabei auch die zunehmende Werbung der konkurrierenden Anbieter eine Rolle spielen. Das darin entworfene Bild des mit einem breiten Serviceangebot garnierten Hotelaufenthalts bewirkt automatisch höhere Ansprüche der Patienten. Abschwächend muß zu diesen Ausführungen allerdings gesagt werden, daß von den 17 in einer Kurzzeittherapieeinrichtung interviewten Patienten nur 3 vor ihrer Aufnahme von dem besonderen Charakter der Abteilung wußten.

Personelle Voraussetzungen

Das ärztliche und vor allem das pflegerische Personal muß so ausgebildet sein, daß es den organisatorischen Anforderungen gerecht wird. Nach Ansicht der Krankenhausesperten ist eine organisatorisch und wirtschaftlich sinnvolle Kurzzeittherapie mit dem im Krankenhaus vorhandenen Personal meist nicht machbar. Durch die organisatorische Nähe zur ambulanten Praxis werden deshalb z.B. Arzthelferinnen eingesetzt. Durch die Verkürzung der Liegezeit bei gleichbleibendem Arbeitspensum und gleichem Personalschlüssel ergibt sich darüberhinaus eine Leistungsverdichtung für ärztliches und pflegerisches Personal. Die Gefahr ist groß, daß unter dem höheren Stress vor allem die nichttechnischen Leistungen wie Zuwendung für die Patienten oder ausführliche Aufklärungsgespräche leiden. Dies ist umso kritischer zu betrachten, da hier die für die Patienten wichtigsten Qualitätsmerkmale berührt werden.

Auch der Einsatz abteilungsweit vernetzter EDV-Systeme bringt nicht nur Vorteile in Form von Organisationserleichterung und Zeitersparnis mit sich. Im Rahmen der Famulatur in einer Kurzzeittherapieeinrichtung wurden bei der Beobachtung der vorstationären Sprechstunde die Nachteile sehr deutlich. In Verbindung mit dem Zeitdruck bei der Anamneseerhebung kann der Bildschirm die Arzt-Patient Begegnung noch unpersönlicher machen. Der Hang zum Abhaken eines Schubladenkataloges wird verstärkt und außerdem "ist das Computersystem auf keinen Fall ein Zeitgewinn" so der dortige leitende Oberarzt.

Qualitätssicherung in der Kurzzeittherapie

In der Notwendigkeit einer besonderen Qualitätssicherung für die Kurzzeittherapie waren sich die Experten einig. Dabei sahen sie die größte Gefährdung der Qualität im Bereich des ambulanten Operierens und dort vor allem für ältere, alleinstehende und behinderte Patienten und für Patienten aus unteren sozialen Schichten. Als Gegenposition wurde die Ansicht vertreten, daß beim Operieren in einem kurzzeittherapeutischen Setting keine besonderen Qualitätsgefährdungen auftreten, da die medizinische Kernleistung genauso durchgeführt wird, wie bei einem längeren Aufenthalt. Allein im Nichterkennen etwaiger Komplikationen nach der frühen Entlassung könnte ein geringfügig höheres Risiko liegen. Allgemein ergibt sich bei der Eröffnung neuer Abteilungen oder der Einführung neuer Organisationsabläufe der größte Bedarf an Qualitätssicherung. Speziell beim ambulanten Operieren, wo der Operateur den Patienten nach dem Eingriff oft nicht mehr wiedersieht ist die Sicherung der Ergebnisqualität allerdings problematisch.

Als allgemeine Hindernisse für entsprechende Maßnahmen sind die oft ungeklärte Verantwortlichkeit bei der Finanzierung und strukturelle Schwächen, wie z.B. die mangelhafte Ausstattung mit hierzu benötigten EDV-Systemen genannt worden. Leider wird Qualitätssicherung häufig hauptsächlich mit dem Ziel eines Wettbewerbsvorteils eingeführt. Als Beispiel wird die Zertifizierung von Krankenhäusern angeführt (Zertifikat A des LBK in Hamburg, inzwischen aufgegeben, d.A.), das als "ein Riesen-Daten-Grab...nur Selbstverständlichkeiten, wie das Vorhandensein von Infektions- und Komplikationsstatistiken überprüft". Der bereits angeführte "nackte Kampf zwischen niedergelassenen Operateuren und Krankenhausoperatoren" (KE 3) der die Festlegung einer einheitlichen Qualitätssicherung verhindert, ist ebenfalls ein maßgebliches Hindernis.

Aufgabenverteilung zwischen stationärem und ambulantem Sektor

Durch die Zunahme von kurzzeittherapeutischen Behandlungen ergibt sich eine gewisse Änderung der Aufgabenverteilung zwischen stationärem und ambulantem Sektor. Auch an dieser Stelle muß besonderes Augenmerk auf die Qualität der Versorgung gelegt werden.

Bisher vom Krankenhaus durchgeführte Leistungen der Nachbehandlung und Pflege werden auf den ambulanten Bereich verlagert. Besonders ältere und allein lebende Patienten können durch eine frühe Entlassung überfordert sein und ambulante Hilfe benötigen. Auch die Kontrolle des Heilungsverlaufs und eventuelle Korrekturen erfordern einen höheren Aufwand für den Patienten verbunden z.B. mit höheren Fahrtkosten.

Auf der anderen Seite übernimmt der niedergelassene Arzt einen Teil der Voruntersuchungen, die sonst das Krankenhaus durchgeführt hat. Für den Patienten bedeutet das weniger Krankenhaustage aber mehr Termine im Vorfeld. Dabei sind die Kommunikationsstrukturen zwischen stationärem und ambulantem Bereich so zu verbessern, daß tatsächlich die benötigten aktuellen Befunde erhoben werden.

Eine weitere qualitative Gefahr für die Patientenversorgung sah ein Experte in der Tatsache, daß bei zunehmender Liegezeitverkürzung zwar der medizinische Einzelanlass ausreichend behandelt werden könne, eine weitergehende umfassende im schulmedizinischen Sinne "ganzheitliche" Behandlung aber nicht mehr möglich ist. Dadurch wird die, durch die Masse der Akteure ohnehin schon schwierig zu koordinierende Patientenversorgung noch undurchsichtiger.

Kooperation zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhaus

Den umfangreichsten Teil der Interviews mit den niedergelassenen Ärzten nahm die Schilderung der Probleme bei der Kooperation mit dem Krankenhaus ein. Die Unterschiedlichkeit der Erfahrungen und Einstellungen in anderen Teilen der Interviews unterstreicht die Bedeutung der hierzu einhellig geäußerten und fast gleichlautenden Kritik.

Vor der Idealvorstellung eines partnerschaftlichen gemeinsamen Bemühens um die bestmögliche medizinische Versorgung des Patienten sieht die Realität recht düster aus. Bis auf einige, auf persönlichen Bekanntschaften bestehende Ausnahmen gibt es keine nennenswerte Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhausmedizinern. Sogar der reine Informationsaustausch wird von allen befragten Ärzten als unzureichend empfunden. Neben organisatorisch-strukturellen Mängeln, die einen Telefonanruf ins Krankenhaus zu einer zeitraubenden oftmals mehrfach zu wiederholenden Odyssee macht und der allgegenwärtigen Arbeitsüberlastung, die z.B. das Schreiben der Arztbriefe erheblich verzögern kann, werden für die unbefriedigende Situation tieferliegende Gründe verantwortlich gemacht. Als entscheidendes Problem sah die Hälfte der befragten Ärzte eine Mißachtung und Geringschätzung ihrer Arbeit und Qualifikation bei vielen Krankenhausmedizinern. Diesem mangelnden Respekt und der mißtrauischen Grundhaltung seien eine Vielzahl der stattfindenden Doppeluntersuchungen anzulasten, weil die mitgegebenen Befunde ignoriert würden. Als weitere Hürde für eine bessere Zusammenarbeit wurde das hierarchisch gegliederte und teamarbeitfeindliche Chefarztsystem gegeißelt. Auch die Patientenversorgung könnte durch eine Reform der Verantwortlichkeiten und Machtstrukturen deutlich verbessert werden. Vor allem in den größeren Häusern geht zu viel Wissen verloren, indem sich die Ärzte in den gehobeneren Positionen bis auf rudimentäre (Visiten-) Reste aus der allgemeinen Versorgung in die Forschung und die Versorgung der Privatpatienten zurückziehen.

Als die beste Möglichkeit um gegenseitiges Vertrauen und eine bessere Atmosphäre zu schaffen wurde der persönliche Kontakt angesehen. Das Krankenhaus könnte die niedergelassenen und einweisenden Ärzte aus der Umgebung zu einem "Kennenlernabend" einladen und die Ärzte könnten über die Zusammenarbeit mit einem gleichbleibenden Krankenhaus längerfristig persönliche Beziehungen aufbauen. Speziell auf die Probleme bei der Kurzzeittherapie bezogen, schlugen einige Ärzte vor mit Formblättern für die benötigten Voruntersuchungen seitens der Krankenhäuser die strukturelle Kommunikationsschwäche an diesem Punkt zu beheben.

Von den Krankenhausexperten wurde darüberhinaus das Interesse der niedergelassenen Ärzte an einer gesicherten Patientenrücküberweisung betont.

Gesundheitsförderung und Kurzzeittherapie

Als zusätzlicher Aspekt wurde in den Interviews mit den Kurzzeitpatienten ihre Motivation und Motivierbarkeit in Bezug auf Gesundheitsförderung angesprochen. Auch die Einschätzung der Krankenhausesperten hierzu wurde erfragt. Dies geschah vor dem Hintergrund, daß im Rahmen des entstehenden speziellen Qualitätsmanagements für den Kurzzeitbereich vorraussichtlich und wünschenswerterweise auch Aspekte der Gesundheitsförderung teils explizit, teils implizit umgesetzt werden. Die Patienten assoziierten mit Gesundheitsförderung allgemeine Maßnahmen wie Vorsorge, Verhaltensprävention oder Kur. Eine Änderung der Verhältnisse oder Maßnahmen, die direkt mit dem aktuellen Krankenhausaufenthalt zu tun haben, werden hiermit nicht in Verbindung gebracht. Dabei wird vor allem in diesem zweiten Teil der Interviews deutlich, daß sowohl die Fragenformulierung, wie auch ihr Inhalt in den meisten Fällen die interviewten Patienten überfordert. Zum Teil sicherlich wegen zu "akademischer" Fragenformulierung, zum Teil aber auch, weil einige Frageninhalte zu weit über den Erfahrungshorizont eines Krankenhausaufenthalts als Patient bzw. Kurzzeitpatient hinausgingen. Die Experten sehen in der Kürze der Aufenthaltsdauer der Patienten eine große Hürde bei der Einführung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung. Daneben braucht es für ihre Umsetzung Spezialisten, was aus strukturellen und finanziellen Gründen wenig realistisch erscheint. Sie betonen aber die Bedeutung der nachgehenden Prävention. Gerade wegen der kurzen Liegezeit muß die Aufklärung über die Nachbehandlung (z.B. Ergotherapie oder Krankengymnastik) mit mehr Nachdruck betrieben werden.

Zufriedenheitsbefragungen aus Sicht der Krankenhausesperten

Mit den Fragen zu diesem Randaspekt in den Interviews mit den Krankenhausesperten sollte ihre generelle Grundhaltung gegenüber Befragungen zur Patientenzufriedenheit dargestellt werden, was unter anderem auch für die Sondierung möglicher Kooperationspartner von Bedeutung war. Außerdem sollten Erkenntnisse über mögliche Verbesserungen und praktische Tips bei der Durchführung von Patientenbefragungen und konkrete Anforderungen bei der Erstellung des Fragebogens gewonnen werden.

Die Gespräche ergaben aber hierzu keine nennenswerten neuen Erkenntnisse, weshalb an dieser Stelle nur eine kurze Zusammenfassung erfolgt.

Die Wichtigkeit von Befragungen zur Patientenzufriedenheit wurde von allen Krankenhausesperten mehr oder weniger bestätigt. Den Schwerpunkt sollte dabei die

Überprüfung der Ergebnisqualität bilden, wobei die mangelnde fachliche Beurteilungsfähigkeit der Patienten auf der einen und ihre fehlende Mündigkeit in der Auseinandersetzung mit den im Krankenhaus vorgefundenen Gegebenheiten auf der anderen Seite Probleme darstellen können. Eine geringe Rücklaufquote aufgrund mangelnder Motivation bei Kurzzeitpatienten und die richtige Wahl des Befragungszeitpunkts (möglichst zweizeitig) sind weitere Schwierigkeiten. Die Chancen einer Umsetzung der gewonnenen Ergebnisse schätzen die Krankenhausesperten allerdings als gering ein. Zwar haben die Krankenhäuser mit steigendem Konkurrenzdruck ein höheres Interesse an ihrer Attraktivität für die Patienten, aber durch die eingeschränkten finanziellen Möglichkeiten und die Arbeitsüberlastung des Personals sind hier enge Grenzen gesetzt. Der größte Nutzen für die Patienten wird in einer möglichen Qualitätsverbesserung der medizinischen Leistung gesehen. Daneben kann die Publikation der Befragungsergebnisse aber auch eine wichtige Hilfe bei der Krankenhauswahl sein und der Vorgang des Gefragtwerdens für den einzelnen Patienten ein Ventil sein, um Unzufriedenheit ablassen zu können. Das Krankenhaus profitiert vor allem von dem Marketingaspekt, zum einen in der Aussenwerbung, zum anderen durch die Befragung selbst, im Sinne einer "Suggestion einer besseren Medizin".

4.2 Methodische Bilanz der Entwicklung eines Fragebogens für Kurzzeitpatienten

Wir haben uns durch die Befragung von Patienten und Experten erhofft, Hinweise auf Besonderheiten bei den Kurzzeitpatienten zu finden, die sich in einem Fragebogen für diese Untersuchungsgruppe widerspiegeln müssen. Allerdings haben sich in keiner der drei Interviewreihen wesentliche neue Gesichtspunkte ergeben. In der Hauptsache wurden die aus der wissenschaftlichen Literatur bekannten Qualitätsmerkmale und Dimensionen bestätigt. Als Vorlage wurde hier vor allem der "Hamburger Kurzfragebogen zur Patientenzufriedenheit" verwendet (Trojan & Nickel 1996). Die Änderungen an dem Fragebogen, die durch neue Erkenntnisse aus den Interviews begründet sind, sind eher als Akzentverschiebungen bereits vorhandener Dimensionen und Merkmale zu sehen, denn als Einführung neuer.

In den Gesprächen mit den Krankenhausesperten wurde speziell in den Fragen 3.2 und 3.3 des Leitfadens nach besonderen Qualitätsanforderungen der Kurzzeitpatienten gefragt. Wie auch bei vielen anderen Fragekomplexen bezogen sich ihre Antworten vor allem auf die Gesamtheit der Krankenhauspatienten, weniger speziell auf Kurzzeitpatienten. Einzig der Hinweis auf die hervorgehobene Bedeutung der Warte- und eventueller Erholungs- und Rückzugsräume hat hier zur Formulierung einer eigenen Frage geführt (Frage A 6 in der ersten Fassung des "Fragebogens zur Krankenhausqualität bei Kurzzeitpatienten", siehe Anlage).

Auch die Patienteninterviews ergaben in dieser Hinsicht wenig Neues. Neben den bekannten Qualitätsmerkmalen ergab sich aus den Antworten ebenfalls lediglich eine neuaufgenommene Frage (Frage D 4). Allerdings ist die hier angesprochene Gefahr, einer aus Sicht des Patienten zu frühen Entlassung nicht nur für die Kurzzeittherapie, sondern im Zuge der gesetzlich verordneten Sparmaßnahmen auch für länger liegende Patienten existent. Besonders gilt dies, wie bereits erwähnt, für "Fallpauschalen-Patienten", aber auch für Patienten, die eine kostenintensive Arzneimitteltherapie benötigen.

Das gleiche gilt für die in dem Fragebogen neu eingeführte Dimension "Kontinuität der Versorgung". Auch sie ist für jeden Krankenhausaufenthalt von Interesse, besonders wichtig aber bei der Kurzzeittherapie aufgrund der hierbei erfolgenden Verschiebungen in der Aufgabenverteilung zwischen den beiden Sektoren der Krankenversorgung. Die Probleme bei der Kooperation und vor allem der Kommunikation, die in den Interviews von den niedergelassenen Ärzten beklagt wurden, sind in drei Fragen dieser Dimension miteingeflossen (G 1, G 2, G 4). Bedenken, die von den Patienten in Bezug auf die häusliche Nachsorge bei älteren Menschen geäußert wurden, flossen in die Frage G 3 mit ein.

Die grundlegende Überarbeitung des Fragebogens, an deren Ende ein optisch und inhaltlich deutlich verändertes Instrument stand, war Ergebnis eines Diskussionsprozesses innerhalb des Forschungsprojekts unter Einbeziehung anderer am gleichen Gegenstand arbeitender Forscher und weitergehender Auseinandersetzung mit der wissenschaftlichen Literatur. Entgegen unseren Erwartungen spielten die Ergebnisse der Vorstudien dabei nur eine untergeordnete Rolle. Der relativ hohe Aufwand hierfür ist also stärker als notwendige "Investition" in das Kennenlernen eines neuen, wenig definierten und strukturierten Forschungsfeldes zu rechtfertigen als durch seinen "Gewinn" für den Fragebogen.

4.3 Erfahrungen mit dem Fragebogen und seine Bewertung durch die Patienten

Im folgenden werden die Erfahrungen und wichtigsten Ergebnisse des Fragebogeneinsatzes kurz dargestellt. Dabei handelt es sich um Inhalte des Forschungsprojekts "Entwicklung eines modularen Standard-Instruments zur Messung von Patientenzufriedenheit bei Kurzzeitpatienten.", die nicht mehr zum Kernbereich der vorliegenden Arbeit gehören. In drei Abschnitten werden die Erfahrungen aus dem Pretest, die Bewertung des Pretest-Fragebogens durch die befragten Patienten und die Erfahrungen der Hauptstudien kurz vorgestellt.

Durchführung und Ergebnisse des Pretests

Im Vorfeld des ersten Einsatzes des neu entwickelten Fragebogens wurde er mit der Bitte um eine Stellungnahme an leitende Ärzte des Krankenhauses der Grund- und Regelversorgung geschickt, das für den Pretest des Instruments vorgesehen war. Von Seiten der Ärzte wurde allerdings weder Kritik noch konstruktive Verbesserungsvorschläge geäußert. Möglicherweise hat die bereits längerdauernde Kooperation mit dem Krankenhaus im Rahmen anderer Patientenbefragungen hier zu einer gewissen Ermüdung des Interesses geführt.

Die auftretenden Probleme bei der Durchführung des Pretests waren weniger mit dem Instrument, als mit der Organisation im Krankenhaus verbunden. Im Gegensatz zu den speziellen Kurzzeittherapiezentren, die u.a. in der Hauptstudie untersucht wurden, unterschieden die Verwaltungsabläufe in dem Allgemeinkrankenhaus nicht zwischen Kurzzeitpatienten und "Durchschnittspatienten". Die Behandlungsabläufe unterscheiden sich in den meisten Fällen ebenfalls nicht. Trotz einer gerade neu installierten EDV-Anlage mußte die Untersuchungsgruppe deshalb zum Teil von Hand aussortiert werden, da eine maschinelle Trennung der Kurzzeitpatienten mit maximal 2 Übernachtungen von den, innerhalb zweier Tage verstorbenen oder verlegten Patienten nicht möglich war.

In den Vorstudien, die in dieser Arbeit dokumentiert sind, wurde bereits deutlich, daß für ein Instrument zur Messung der Patientenzufriedenheit von Kurzzeitpatienten letztlich keine anderen oder zusätzlichen Qualitätsmerkmale erfragt werden müssen, als die in der bisherigen Forschung bekannten. Diese Erkenntnis wurde durch das Ergebnis des Pretests bestätigt. Lediglich die Antwortmöglichkeiten waren bei einigen Fragen geringer aufgrund diesbezüglich mangelnder Erfahrung während des kurzen Aufenthalts. Verständlicherweise war diese Tendenz besonders stark bei den "Stundenpatienten" ohne Übernachtung ausgebildet, was sich in den Hauptstudien bestätigt hat. Aus diesem Grund erscheint es sinnvoll, diese Untergruppe in zukünftigen Befragungen von Kurzzeitpatienten nicht miteinzubeziehen und bei einem speziellen Interesse diese Gruppe gesondert zu untersuchen.

Insgesamt haben 154 Patienten den Fragebogen beantwortet. Das Ergebnis des Pretests, d.h., die Zufriedenheit der Kurzzeitpatienten mit den untersuchten Dimensionen der Krankenhausqualität ist mit einer früheren Zufriedenheitsstudie vergleichbar, die an dem gleichen Krankenhaus durchgeführt wurde und bei der die Untersuchungspopulation alle Patienten umfaßte, die mindestens drei Tage aufgenommen waren (Trojan & Nickel 1996).

Bewertung des Fragebogens durch die Kurzzeitpatienten

Beim Pretest wurde den Patienten am Ende des Instruments die Möglichkeit eingeräumt, die Zumutbarkeit und Handlungsrelevanz der Befragung, sowie die Angemessenheit der Frageinhalte und -formate einzuschätzen. Im Ergebnis zeigte sich folgendes Bild:

- **Zumutbarkeit:** Bei einer durchschnittlichen Befragungsdauer von ca. 30 Minuten gaben rund 64%, d.h. eine Mehrheit der Befragten an, die Beantwortung des Fragebogens sei "gerade noch zumutbar" gewesen. Rund 17% empfanden die Beantwortung der Fragen "spannend und unterhaltsam", allerdings 20% auch "langweilig und lästig" oder "richtig unangenehm".
- **Bedeutung:** Hinsichtlich der Relevanz und Verwertung von Patientenbefragungen hatten rund 50% der Befragten eine durchaus realistische Meinung über das patientenorientierte Qualitätsmanagement, indem sie solche Befragungen als "wichtig, aber eher folgenlos" betrachteten. Nur 33% verbanden mit der Befragung explizit einen "hohen Nutzen", für 17% der Patienten ist sie "wenig bedeutsam" oder "völlig überflüssig".
- **Angemessenheit:** Ein Teil der Schwierigkeiten mit Fragen (45 von 87 Nennungen) betraf negativ formulierte Items, teilweise beklagten sich Patienten über das Fehlen von Ausweichkategorien für "irrelevante Fragen" (z.B. Hilfe für soziale Begleitprobleme, Einbezug von Angehörigen). Besonders "unangenehme Fragen" konnten hingegen kaum entdeckt werden (9 Nennungen) und auch unter die Vollständigkeit des Instruments erscheint ausreichend. Pro Frage hätten sich maximal 3 Personen gerne intensiver geäußert (24 Nennungen insgesamt).

Zusammen mit formal-methodischen Kriterien der Reliabilität, Validität und Ansprechbarkeit/Änderungsempfindlichkeit wurden diese Ergebnisse bei der Überarbeitung des Fragebogens berücksichtigt. In der Hauptstudie wurde dann eine von 74 auf 50 Fragen reduzierte Neufassung verwendet, die ebenfalls im Anhang enthalten ist.

Durchführung und Ergebnisse der Hauptstudien

Im Rahmen der Hauptstudien, die in zwei fast "baugleichen" speziellen Kurzzeitchirurgie-Zentren, einer Zentralen Aufnahmestation der Inneren Medizin, sowie einer gastroenterologischen, einer onkologischen und einer kardiologischen Abteilung durchgeführt wurden, zeigten sich untereinander allerdings deutliche Unterschiede. Die traditionelle

Überlegenheit der inneren Medizin gegenüber der Chirurgie in Bezug auf die interpersonalen Aspekte der Arzt-Patient-Beziehung wird auch bei den Kurzzeitpatienten bestätigt, während letztere sich durch die besseren Organisationsabläufe auszeichnet. Die Aufnahmestation schneidet unter allen Gesichtspunkten schlecht ab.

Da keine Vergleichswerte für die Patientengesamtpopulation der jeweiligen Abteilung bzw. des Fachgebiets vorliegen, können keine sicheren Aussagen zum Vergleich Kurzzeitpatient-"Durchschnittspatient" gemacht werden.

Eine Tendenz zeichnet sich hier aber doch ab: Die Zufriedenheit mit der wahrgenommenen Ablauforganisation und den räumlichen Gegebenheiten, sonst eine traditionell schlecht abschneidene Dimension, ist bei den Patienten der Kurzzeitchirurgie-Centren besonders hoch. Die Optimierung dieses Bereichs gegenüber dem herkömmlichen Krankenhausbetrieb ist allerdings wirtschaftlich-organisatorische Grundvoraussetzung für das kurzzeitchirurgische Arbeiten. Auch die Kontinuität der Versorgung ist aus Sicht der Patienten hier besonders hoch, was im Widerspruch zu den Vermutungen in den Expertengesprächen der Vorstudien steht.

Die Rücklaufquote des Pretests ist wiederum vergleichbar mit der vorherigen Untersuchung an der Patientengesamtpopulation des betreffenden Allgemeinkrankenhauses. In der Hauptstudie gibt es aber auch hier deutliche Unterschiede innerhalb der untersuchten Abteilungen. Den schlechtesten Rücklauf von 14.8% ergab die Untersuchung der Zentralen Aufnahme, die auch den höchsten Anteil an "Stundenpatienten" aufweist und den höchsten Rücklauf hatte die Befragung in der Kurzzeitchirurgie mit 64.3% bzw. 56.4%.

4.4 Kurzzeitpatienten: Sind gesonderte Befragungen sinnvoll?

Der Begriff Kurzzeitpatient, der in dieser Arbeit häufig gebraucht wird, suggeriert eine gewisse Homogenität der Gruppe von Patienten, die nur kurze Zeit, in unserer Untersuchung in Anlehnung an die "Kurzlieger"-Definition der Krankenhausstatistik maximal 2 Nächte im Krankenhaus verbringen. Diese Homogenität existiert aber einzig aus einer zeitlichen Perspektive betrachtet und ist letztendlich eine aus der Notwendigkeit einer Operationalisierung der Untersuchungsgruppe geborene Notlösung. Bei der Betrachtung verschiedener Einrichtungen unterscheidet sich eine rein zeitlich definierte Gruppe von Kurzzeitpatienten bezüglich ihrer Bandbreite und Heterogenität bis auf eben den zeitlichen Aspekt kaum von der Gesamtheit aller Patienten. Neben dem Patienten im Schlaflabor und dem Unfallverletzten auf einer Notaufnahme können genauso gebärende Frauen, zur palliativen Chemotherapie aufgenommene

Krebspatienten oder kurzzeitchirurgisch operierte Privatpatienten dazu gehören. Zur näheren Charakterisierung der Kurzzeitpatienten bieten sich dabei über die zeitliche Dimension hinausgehend hauptsächlich drei Aspekte an:

- Unterzieht sich der Patient einer terminlich vereinbarten elektiven Behandlung oder kommt er in Folge eines Akutereignisses als Notfall?
- Findet die Behandlung in einer auf die Durchführung von Kurzzeittherapie spezialisierten Einrichtung oder Abteilung statt oder wird sie im Rahmen der regulären Versorgung neben längerdauernden Behandlungsfällen durchgeführt?
- Handelt es sich um eine, aufgrund verbesserter oder geänderter Therapie-, Organisations- oder Abrechnungsformen neu eingeführten Behandlungsweise oder werden für die betreffende Behandlung schon seit Jahren nicht mehr als zwei Übernachtungen benötigt?

Unter dem eigentlichen Begriff Kurzzeittherapie verstehen die meisten der befragten Experten nur die elektive, in einer spezialisierten Abteilung oder zumindest innerhalb eines eigenen Organisationsablaufs vorgenommene Behandlung, die durch geänderte Rahmenbedingungen in den letzten Jahren entstanden ist. Bei der restlichen Gruppe von Kurzzeitpatienten handelt es sich lediglich um Patienten, deren Behandlung nur einen kurzen Krankenhausaufenthalt erfordert.

Die Zunahme von Kurzzeitpatienten im engeren Sinne ist, neben therapeutischen Verbesserungen, wie z.B. der Einführung neuer nebenwirkungsärmerer Medikamente in der Onkologie oder dem breiten Anwendungsfeld, das durch die minimal-invasive Chirurgie eröffnet wurde, vor allem auf gesundheitspolitische Umstrukturierungen in der Leistungsvergütung zurückzuführen. Und an diesem Punkt läßt sich trotz der beschriebenen Heterogenität aller Kurzzeitpatienten die entscheidende Gemeinsamkeit festmachen. Die Verkürzung der generellen Verweildauer, der prozentuale Anstieg des Anteils der Patienten, die bereits nach 1, 2 oder 3 Tagen aus dem Krankenhaus entlassen werden und die Einführung einer speziellen Kurzzeittherapie sind gemeinsamer Ausdruck von Rationalisierungsbestrebungen im Gesundheitswesen, die besonders in den 90'ger Jahren eine maßgebliche Strategie einer fast ausschließlich kostenorientierten Gesundheitspolitik war und ist. Die daraus resultierenden Gefahren für die medizinische Versorgung machen natürlich nicht bei einer Aufenthaltsdauer von drei Tagen Halt, aber es ist doch ein besonders hoher Bedarf für Qualitätssicherungsmaßnahmen für diese Patientengruppe anzunehmen.

Unsere Hypothese, daß für eine in diesem Sinne durchzuführende Befragung zur Patientenzufriedenheit von Kurzzeitpatienten ein eigenes Instrument benötigt wird, hat sich unter

inhaltlichen Gesichtspunkten als falsch herausgestellt. Für die Abbildung der Zufriedenheit von Krankenhauspatienten mit einem kurzen Aufenthalt können die, aus der wissenschaftlichen Forschung zur Patientenzufriedenheit bekannten und bewährten Qualitätsmerkmale und -dimensionen eingesetzt werden.

Forschungspragmatisch ist eine gesonderte Betrachtung allerdings sinnvoll. Denn Antwortmöglichkeiten können durch mangelnde Erfahrungen eingeschränkt sein und es ist anzunehmen, daß parallel zur abnehmenden Aufenthaltsdauer die Bereitschaft zur Beantwortung umfassender Fragebögen sinkt. Im Vergleich zu längerliegenden Patienten ist eine Akzentverschiebung der Ergebnisse zu erwarten. Dabei sind die Unterschiede zwischen den verschiedenen Fachgebieten und Einrichtungen wahrscheinlich größer, als zwischen kurz- und langliegenden Patienten innerhalb der gleichen Abteilung. Es ist aber dennoch auffallend, daß die Dimensionen Organisationsablauf und Kontinuität der Versorgung, die normalerweise zu den schlecht bewerteten Bereichen gehören, bei den in der Hauptstudie befragten Patienten der Kurzzeittherapiezentren überdurchschnittlich gut abschnitten. Deshalb sollte eine Zufriedenheitsbefragung von kurz- und langliegenden Patienten, auch wenn sie mit dem gleichen Instrument durchgeführt werden kann, gesondert ausgewertet werden, um eine Bewertungsnivellierung beider Gruppen zu verhindern. Eine kritischere Grundhaltung der Kurzzeitpatienten, wie sie von einigen Experten angenommen wurde, hat sich nicht bestätigt. Der direkte Vergleich von Lang- und Kurzliegern im Rahmen der DAK-Studie zeigte aber ein schlechteres Abschneiden der Dimension "Durchschaubarkeit der Behandlungsabläufe" bei den Kurzzeitpatienten (Nickel 1998).

Vor dem Hintergrund dieser Erfahrungen erscheinen folgende Vorgehensweisen sinnvoll für das Qualitätsmanagement:

- Getrennte Auswertung der Kurzzeitpatienten wegen erwartbar deutlich geringerer Rückläufe und teilweise anderer Antwortmuster, die zur Zufriedenheitsnivellierung führen können.
- Patientenbefragungen in speziellen Kurzzeittherapie-Zentren (z.B. Chirurgie), sollten unabhängig von der 2-Nächte-Grenze durchgeführt werden.
- Anlaß- oder diagnosespezifische Patientenbefragungen mit dem Focus Kurzzeitpatienten sollten ebenfalls ohne Rücksicht auf die 2-Nächte-Grenze durchgeführt werden, allerdings mit einer diagnosespezifischen Ergebnisbewertung.

4.5 Chancen und Risiken der pauschalierten Vergütung medizinischer Leistungen

"Die Einführung neuer Honorierungsmethoden führt zu Verhaltensänderungen der Leistungserbringer." (Brenner 1998)

Es ist desillusionierend, aber eine Änderung der Geldflüsse scheint der einzige Weg zu sein, nachhaltige Änderungen im Gesundheitswesen durchzusetzen. Dabei müssen diese Änderungen nicht zwangsläufig zu einer besseren Medizin und einem besserem Gesundheitssystem führen. Vorrangiges Ziel war und ist für die Gesundheitspolitik der letzten Jahrzehnte die Kostenreduzierung des Gesundheitswesens. Wo dies lediglich mit kleineren Qualitätsverschlechterungen der medizinischen Versorgung einherging wurde es bereits als großer Erfolg angesehen. Als Traumziel galt lange eine Stagnation der Ausgaben bei gleichbleibender Qualität. Erst in der letzten Zeit schleicht sich die Vision einer Verbesserung der medizinischen Versorgung mit in die gesundheitspolitischen Überlegungen.

Zentrum dieser Überlegungen ist die Ausweitung der pauschalierten Vergütung von medizinischen Einzelleistungen, wie sie bereits in Form von Fallpauschalen oder der Quartalspauschale im niedergelassenen Bereich existiert. Am Ende dieser Entwicklung soll die Leistungsvergütung über eine Jahreskopfpauschale pro Patient stehen. Diese zahlen die Kassen einer Gruppe von Leistungserbringern, die dafür die komplette ambulante und stationäre Versorgung des Versicherten übernehmen. Auf den ersten Blick eine bestechende Idee: Die Leistungserbringer machen dann einen finanziellen Gewinn, wenn sie möglichst wenig Leistungen erbringen müssen. Die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit der Patienten und somit eine präventiv ausgerichtete Medizin wird zum obersten Ziel. Dagegen verdient im derzeitigen System der Einzelleistungsvergütung derjenige am meisten, der die meisten Behandlungen durchführt. Über eine anbieterinduzierte Nachfrage steigt die Zahl der Behandlungen mit der Zahl der Ärzte. Die eingeführten Gegenmaßnahmen, wie z.B. Budgetierungen der Praxen und Krankenhäuser ändern nur wenig an dieser Dynamik.

Auch die Einführung der Fallpauschalen zum 1.1.1996 bleibt nur eine pauschalierte Vergütungsform innerhalb eines Systems der Einzelleistungsvergütung und kann deshalb im Gesamtsystem nur einen begrenzten Nutzen entfalten. Sie hat zu einem deutlichen Rückgang der Krankenhausverweildauern beigetragen und war die Grundvoraussetzung für die Entwicklung der Kurzzeittherapie. Ihr finanzieller Hauptgewinn liegt in der internen Rationalisierung von Krankenhausabläufen. Allerdings haben gleichzeitig die Fallzahlen der fallpauschalierten

Leistungen zugenommen und der Großteil der Krankenhausleistungen (über 70%) wird wie bisher nach Pflorgetagen abgerechnet.

Das soll sich ändern. Die pauschalierte Leistungsvergütung soll sukzessive ausgeweitet werden und ab 2003 mit Einführung der diagnosis-related-groups (DRG's) die Tagessätze ganz ersetzen.

Endziel ist der Aufbau eines sogenannten "integrierten Sektors" oder einer "integrativen Versorgung" mit einer Vergütung über Kopfpauschalen, angelehnt an die Health Maintenance Organisations in den USA, die dabei Vorbild und abschreckendes Beispiel zugleich sind (siehe Seite 18). Dazu schließen sich mehrere niedergelassene Ärzte, Haus- und Fachärzte und Anbieter stationärer Versorgung zu einem Ärztenetz zusammen, das die volle medizinische Versorgung seiner Patienten leistet. Durch die integrative Versorgung soll die Zahl der Krankenhauseinweisungen deutlich reduziert werden und durch bessere und schnellere Absprachen untereinander unnötige und doppelte Untersuchungen vermieden werden. Gleichzeitig ermöglichen die Netze durch bessere Kommunikation, Dokumentation und die "Gate keeper"-Funktion erstmals ein effektives Casemanagement. Eine rationalere Pharmakotherapie ist ein weiteres Hauptziel. Einsparungen können im Netz aufgeteilt werden und stellen somit einen wichtigen Anreiz für eine "sparsame" effektive Medizin dar.

Risiken

Hier liegt gleichzeitig auch die Hauptgefahr dieses Modells. Wie bereits unter der Budgetierung im stationären Sektor ist hierdurch ein Anreiz zur Risikoselektion, zum "Rosinenpicken" gegeben. Schwer- und chronisch Kranke stellen wirtschaftliche Risiken dar. Darüberhinaus wird nicht mehr alles medizinisch mögliche gemacht werden. Was wünschenswert ist, wo dies eine Rückbesinnung im Sinne einer "evidence based medicine" bedeutet. Gefährlich wird es, wenn finanzielle Erwägungen die Oberhand gewinnen und medizinisch Notwendiges verweigert wird. Ein weiterer Nachteil für die Patienten ist eine Einschränkung der freien Arztwahl (auf Zeit). Der Wechsel zu einem anderen Netz ist z.B. nur einmal jährlich oder einmal pro Quartal möglich, oder mit einer Gebühr verbunden.

Die Krankenkassen sollen künftig Direktverträge mit einzelnen Anbietern oder Anbietergruppen abschließen können, vorbei an Kassenärztlicher Vereinigung und Deutscher Krankenhausgesellschaft. Der Wettbewerb wird zu einem enormen Preisdruck auf die Anbieter führen. Hier sind die Interessensverbände und der Gesetzgeber gefordert. Der Machtkampf über die Verantwortlichkeit beim Vertragsabschluß ist in vollem Gange.

Außerdem muß eine ausufernde Bürokratisierung der Managed-Care Systeme vermieden werden. In Amerika besteht für eine Vielzahl von Behandlungen eine Genehmigungspflicht durch Verwaltungsbeamte der Health-Maintenance-Organisation und die ärztlichen Entscheidungen unterliegen zum Teil einer rigiden Kontrolle. Als eine Folge hat der Anteil des Verwaltungspersonals an den Beschäftigten im amerikanischen Gesundheitswesen innerhalb der Jahre 1968 und 1993 von 18.1% auf 27.1% zugenommen (Woolhandler&Himmelstein 1991). Auch die Monopolstellung, die ein Praxisnetz schnell erlangen kann hat Nachteile. "Wer in einem gut funktionierenden Praxisnetz arbeitet, bestimmt in seiner Region die Bedingungen der medizinischen Versorgung." (Plassmann 1999). Andere Anbieter werden verdrängt, die Bandbreite der medizinischen Therapieformen möglicherweise beschnitten.

Trotz all dieser möglichen Nachteile sind die ersten Ergebnisse der bestehenden Modellversuche ermutigend. Im November 1998 existierten bundesweit 15 Praxisnetze, die einen Strukturvertrag mit einer oder mehreren Krankenkassen abgeschlossen hatten, in denen 25 bis 540 Ärzte zusammenarbeiten (KBV 1998). Nur eines dieser Modelle arbeitet bereits mit einem kombinierten Budget, das auch für die Kosten der stationären Versorgung seiner Patienten aufkommt (Berlin, BKK). In Hamburg gibt es momentan ein Praxisnetz mit 28 Ärzten, das ein eigenes Netzbudget innerhalb des Honorarverteilungsmaßstabs mit der KV vereinbart hat.

Die länger bestehenden Netze haben tatsächlich deutliche finanzielle Einsparungen gemacht, wobei die Ausgaben für die Arzneimitteltherapie eine große Rolle spielen. Aber auch die Qualität der Versorgung und die Arbeitsbedingungen der Leistungserbringer konnten verbessert werden. Die beteiligten Ärzte berichten über eine größere Arbeitszufriedenheit, weil sie wieder mehr Zeit und Ruhe für die Patientenversorgung haben, der Verwaltungsaufwand geringer geworden ist und ein besserer Austausch mit den Kollegen stattfindet. Die Arbeitsbedingungen und das Honorar sind wieder besser kalkulierbar.

Für die Patienten dieser Praxisnetze macht sich das ebenfalls positiv bemerkbar. Vier Patientenbefragungen kommen zu dem Ergebnis, daß die Patienten der Netze das Gefühl haben, im Team behandelt zu werden, was sie als sehr positiv empfinden (KV Hamburg 1999).

Die Einführung von Praxisnetzen als praktische Umsetzung der gesundheitspolitischen Vorgabe einer größtmöglichen Pauschalierung der Vergütungsformen im Gesundheitswesen kann sowohl für Versicherer und Patienten als auch für die Leistungserbringer Vorteile bieten. Damit aber tatsächlich alle drei Gruppen auf Dauer hiervon profitieren, darf diese Entwicklung nicht den freien Kräften des Marktes überlassen werden. Die Gesundheitspolitik muß diesen Prozess

kontrollierend und regulierend dauerhaft begleiten. Dabei sollten vor allem die folgenden Punkte beachtet werden:

- Es muß einen finanziellen Ausgleich zwischen den einzelnen Netzen für die ungleiche Verteilung von schwer- und chronisch kranken Patienten geben (z.B. durch einen alters- oder krankheitsabhängigen Faktor bei der Berechnung der Fallpauschale).
- Die Entscheidung über den Einsatz von medizinischen Ressourcen darf nicht von jedem Netz völlig unanhängig entschieden werden. Es sollten bundesweit gültige Leitlinien für Diagnostik und Pharmakotherapie entwickelt und transparent gemacht werden (ähnlich den Niederlanden).
- Damit die ärztlichen Entscheidungen vor allem medizinische Entscheidungen bleiben, sollten die Praxisnetze oder weitere entstehende Managed-Care-Organisationen in der Zuständigkeit der in ihnen arbeitenden Ärzte bleiben.
- Das "Einkaufsmodell" birgt die Gefahr des Preisdiktats durch die Krankenversicherungen mit der Folge einer Qualitätsverschlechterung der Versorgung. Hier muß der Gesetzgeber im Interesse der Patienten den Wettbewerb regulieren.

5 ZUSAMMENFASSUNG

Nach einer Vielzahl von allenfalls kurzfristig wirksamen Kostendämpfungsgesetzen zur Reduzierung der Ausgaben des Gesundheitssystems wurde mit dem Gesundheitsstrukturgesetz 1993 erstmals eine strukturelle Änderung vorgenommen, deren Kernstück die Einführung einer fallpauschalierten Leistungsvergütung darstellte. Damit wurde unter der ungeprüften Annahme, daß verstärkter Wettbewerb die Gesamtkosten senkt, der Einstieg in eine stärkere betriebswirtschaftliche Orientierung der medizinischen Leistungsanbieter geschaffen.

Die Folge war eine drastische Verringerung der Krankenhausverweildauer mit einem überproportional wachsenden Anteil der sogenannten "Kurzlieger", die innerhalb von drei Tagen wieder entlassen werden, sowie die Entstehung von organisatorisch - strukturell eigenen Einheiten für Kurzzeittherapie.

Die speziellen Belastungen und angenommenen Qualitätsgefahren hierbei führen zu der Annahme, daß zur Erhebung der Patientenzufriedenheit dieser Patientengruppe im Sinne einer patientenzentrierten Qualitätssicherung ein eigenes Instrument entwickelt werden muß, was Ziel des NFVPH - Projekts "Entwicklung eines modularen Standard - Instruments zur Messung von Patientenzufriedenheit bei Kurzzeitpatienten" war.

Um die, für einen Fragebogen relevanten Besonderheiten dieser Gruppe zu ermitteln und einen Überblick über das Untersuchungsgebiet zu erhalten wurden in dieser Arbeit Vorstudien zu dem Projekt durchgeführt. Dazu wurden offene leitfadenorientierte qualitative Expertengespräche mit 12 Krankenhausesperten, 17 Patienten eines Kurzzeittherapiezentrum und 11 niedergelassenen Ärzten durchgeführt. Außerdem wurde in Zusammenarbeit mit der BAGS die Hamburger Krankenhausstatistik im Hinblick auf die Gruppe der Kurzzeitpatienten analysiert.

Dabei wurden die aus der Literatur bekannten Qualitätsmerkmale und -dimensionen bestätigt, ohne daß sich wesentlich neue Gesichtspunkte ergaben. Eine Zufriedenheitsuntersuchung bei Kurzzeitpatienten benötigt also entgegen der Annahme kein eigenes Instrument, allerdings erscheint eine gesonderte Auswertung sinnvoll um Zufriedenheitsnivellierungen aufgrund anderer Antwortmuster und eingeschränkter Antwortmöglichkeiten zu vermeiden.

Die Notwendigkeit einer patientenzentrierten Qualitätssicherung ist allerdings vor dem Hintergrund einer zukünftig noch zunehmenden Pauschalierung in der Leistungsvergütung, z.B. über Kopfpauschalen noch dringender.

LITERATUR

- ARGE Begleitforschung BpflV 1995 (Deutsches Krankenhausinstitut/Infratest) (1998)
Begleitforschung zur Bundespflegesatzverordnung 1995 - Zweiter Zwischenbericht.
Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Düsseldorf, München
- Aust, B. (1994) Zufriedene Patienten? - Eine kritische Diskussion von
Zufriedenheitsuntersuchungen in der Gesundheitlichen Versorgung, Wissenschaftszentrum für
Sozialforschung. Berlin
- Badura, B. & Strodtolz, P. (1998) Qualitätsförderung, Qualitätsforschung und Evaluation im
Gesundheitswesen In: Schwartz, F. W.; Badura B.; Leidl, R.; Raspe, H.; Siegrist, J. (Hrsg.):
Das Public Health Buch. Urban und Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore, 574-584
- Behrens et al. (1983) Medizinische Orientierungsdaten. In: Dtsch. Ärztebl. 80:57-62, 76-79
- Blech, J. (1998) Die heimliche Selektion. Wen sollen Ärzte behandeln, wenn das Geld nicht für
alle reicht? Ein Blick hinter die Kulissen. In: Die Zeit vom 12.2.1998
- Blum, K. (1995) Patientenbefragung als Instrument zur Qualitätssicherung beim ambulanten
Operieren im Krankenhaus. Düsseldorf
- Blum, K. (1997) Patientenorientierte Qualitätssicherung - Patientenbefragungen als Beitrag zum
Total Quality Management im Gesundheitswesen In: Gesellschaft für Sozialen Fortschritt e.V.
(Hrsg.): Sozialer Fortschritt 9-10. Duncker&Humblot. Berlin und München, 231-237
- Blum, K. (1998) Patientenzentrierte Evaluation des ambulanten Operierens im Krankenhaus. In:
Ruprecht, T. M. (Hrsg.): Experten fragen - Patienten antworten: Patientenzentrierte
Qualitätsbewertung von Gesundheitsdienstleistungen; Konzepte, Methoden, praktische
Beispiele. Asgard-Verlag Dr. Werner Hippe KG. Schriftenreihe Forum Sozial- und
Gesundheitspolitik, Bd. 12., Sankt Augustin, 169-184
- BMAS, Bundesministerium für Arbeit und Soziales, (Infratest Gesundheitsforschung) (1989)
Kurzliegerpatienten in Akutkrankenhäusern, Forschungsbericht 185, München
- BMAS, Bundesministerium für Arbeit und Soziales, (Infratest Gesundheitsforschung) (1988)
Ursachen und Gründe für den Anstieg der Zahl der Krankenhauspatienten, Forschungsbericht
166, München
- Bolles, W. (1997) Qualitätsverbesserung im Krankenhaus-zwingend oder ein Modetrend? In:
Beilage "Pflege Dokumentation" in Pflegezeitschrift 5, 1-8
- Bolles, W. (1998) Krankenhausversorgung am Scheideweg. Ein Kommentar zur
Krankenhauspolitik des Bundes. In: Jahrbuch für kritische Medizin 28. Argumentverlag,
Hamburg, 160-180

- Braun, G.E. & Schmutte, A.M. (1994) Imageanalyse und Kommunikationspolitik von Krankenhäusern. In: Public management, 1-5
- Braun, G.E. & Schmutte, A.M. et al. (1996) Ein Krankenhaus im Spiegelbild der Ärzte. f&w, 1, 75-78
- Brenner, G. (1998) Managed Care in USA – Erfahrungen und Anleihen für Deutschland In: Dt. Ärztebl. 95, Heft 19, Seite 1160-1162
- Carey, R.G. & Seibert, J.H. (1993) A patient survey system to measure quality improvement: questionnaire reliability and validity. In: Med.Care, 31 (9), 834-845
- Castello, E. et al. (1995) Patientenberatung in der Verbraucher-Zentrale Hamburg. In: Haase, I.; Dierks, M. L.; Schwartz, F. W. (Hrsg.): Patientenbedürfnisse im Gesundheitswesen. Public Health. Ergebnisse und Diskussionsbeiträge zu Gesundheitswissenschaften und zur Gesundheitspolitik. Bd. 4., Asgard-Verlag Dr.Werner Hippe KG, Sankt Augustin, 27-35
- Delbanco, T.L. (1998) Through the patient's eyes: learning from patient and looking forward In: Ruprecht, T.M. (Hrsg.): Experten fragen-Patienten antworten: Patientenzentrierte Qualitätsbewertung von Gesundheitsdienstleistungen; Konzepte, Methoden, praktische Beispiele. Asgard-Verlag Dr. Werner Hippe KG. Schriftenreihe Forum Sozial- und Gesundheitspolitik, Bd. 12., Sankt Augustin, 31-35
- Deppe, H.-U. (1993) Gesundheitspolitik im Kontext der deutschen Vereinigung und europäischen Integration. In: Deppe, H.-U.; Friedrich, H. ;Müller, R. (Hrsg.): Gesundheitssystem im Umbruch: Von der DDR zur BRD. Campus, Frankfurt a. M.-New York. 12 ff.
- Deppe, H.-U. (1997) Kostenexplosion und wirtschaftlicher Wettbewerb. Vortrag auf dem Symposium zum 60. Geburtstag von Fr.Prof. Kaupen-Haas am 14.5.1997 im UKE. In: hamb. Ärztebl. 7-8, 330-334
- Diekmann, A.(1995) Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. Rowohlt Verlag, Reinbek bei Hamburg
- Dirks-Wetschky, N. (1998) Patientenbefragungen als Instrument des Qualitätsmanagements im Krankenhaus. Ergebnisse einer empirischen Studie. Diplomarbeit zur Erlangung des Grades einer Diplom-Gesundheitswissenschaftlerin/Master of Public Health im Postgraduiertenstudiengang an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld
- Donabedian, A. (1966) Evaluating the Quality of Medical Care In: Milbank Mem Quart. 44, 166-203
- Dörning, H.; Bitzer, E.; Schwartz, F.W. (1996) Erfolg operativer Wahleingriffe aus der Perspektive von Patienten. Die Ersatzkasse, 5, 173-178

- Editorial Jahrbuch kritische Medizin 28 (1997) "Gesundheitspolitik" 1977-1997-Wieviele "Reformen" verträgt die Sozialversicherung? In: Jahrbuch für kritische Medizin 28. Argumentverlag, Hamburg, 6-14
- Fischl, B. (1994) Die Situation des Patienten im Krankenhaus. In: Wilker, F.W.; Bischoff, C.; Novak, P. (Hrsg.): Medizinische Psychologie und medizinische Soziologie. 2. Auflage. Urban und Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore, 257-266
- Friedrichs, J. (1973) Methoden empirischer Sozialforschung. Rowohlt Verlag, Reinbek bei Hamburg
- Geraedts, M. & Selbmann, H.K. (1997) Wer sollte die Qualität der Gesundheitsversorgung definieren-Patienten, Ärzte, Krankenkassen oder Gesundheitspolitiker? In: Helmich, P.; Nöring, R.; Schmitt, J.; Schwantes, U.; Seelbach, H.; Sohn, W. (Hrsg.): Primärärztliche Patientenbetreuung Lehre-Forschung-Praxis. Schattauer, Stuttgart-New York, 246-257
- GMDS Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (1996) Begriffe und Konzepte des Qualitätsmanagements In: Informatik, Biometrie und Epidemiologie in Medizin und Biologie 4, 200-230
- Große Anfrage der SPD-Fraktion im Bundestag (1998) Deutscher Bundestag, Drucksache 13/9825 vom 4. 2.1998
- Haase, I. (1995) "Patientenbedürfnisse" in der Diskussion (Editorial) In: Haase, I.; Dierks, M.L.; Schwartz, F.W. (Hrsg.): Patientenbedürfnisse im Gesundheitswesen. Public Health. Ergebnisse und Diskussionsbeiträge zu Gesundheitswissenschaften und zur Gesundheitspolitik. Bd. 4., Asgard-Verlag Dr.Werner Hippe KG, Sankt Augustin, 9-14
- Hall, J.A. & Dornan, M.C. (1988) Meta-Analysis of Satisfaction with Medical Care: Description of Research Domain and Analysis of Overall Satisfaction Levels. In: Soc.Sc.Med., 6, 637-644
- Heidenheim, G. (1997) Tricksen, was das Zeug hält. Neue Finanzierungssysteme im Klinikalltag. In: Berliner Ärzte 8, 16-18
- Hopf, C. & Weingarten E. (Hrsg.) (1979) Qualitative Sozialforschung. Klett Verlag, Stuttgart
- Imanaka, Y. et al. (1993) Determinants of patient satisfaction and intention to continue service utilization: analysis of survey of outpatients at a general hospital. In: Nippon-Koshu-Eisei-Zasshi. 40 (8), 624-635
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (1998) Projekte zur Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung im Überblick, Heft 9 in der Reihe KBV-Kontext, Dezember 1999
- Klein-Lange, M. (1998) Krankenversorgung. In: Schwartz, F.W.; Badura B.; Leidl, R.; Raspe, H.; Siegrist, J. (Hrsg.): Das Public Health Buch. Urban und Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore, 213-243
- Klotz, T. et al. (1996) Die Bestimmung der Patientenzufriedenheit als Teil des

- Qualitätsmanagements im Krankenhaus. In: Dtsch.med.Wschr., 121, 889-895
- Kranich, C. (1995) Qualitätsorientierung im Gesundheitswesen. In: Haase, I.; Dierks, M.L.; Schwartz, F.W. (Hrsg.): Patientenbedürfnisse im Gesundheitswesen. Public Health. Ergebnisse und Diskussionsbeiträge zu Gesundheitswissenschaften und zur Gesundheitspolitik. Bd. 4., Asgard-Verlag Dr.Werner Hippe KG, Sankt Augustin, 35-48
- Kreutz, H. (1972) Soziologie der empirischen Sozialforschung. Stuttgart
- Kühn, H. (1995) Zwanzig Jahre "Kostenexplosion". Anmerkungen zur Makroökonomie einer Gesundheitsreform. In: Jahrbuch für kritische Medizin, Bd. 24: FrauenGesundheit. Hamburg, 145-160
- Kühn, H. (1997.1) Managed Care. Medizin zwischen kommerzieller Bürokratie und integrierter Versorgung am Beispiel USA. In: Jahrbuch für kritische Medizin 27. Argumentverlag, Hamburg, 7-52
- Kühn, H. (1997.2) Gesundheitspolitik für den "Standort Deutschland". Thesen zu Logik und Empirie neoliberaler Wirtschaftspolitik im Gesundheitswesen. In: Jahrbuch für kritische Medizin 28. Argumentverlag, Hamburg, 15-32
- Kühn, H. (1998) Industrialisierung der Medizin? Zum politisch-ökonomischen Kontext der Standardisierungstendenzen In: Jahrbuch für kritische Medizin 29. Argumentverlag, Hamburg, 34-52
- Kühn, H. (1999) Telefonat des Verfassers mit Hagen Kühn am 22.6.1999
- KV Hamburg (1999) Praxisnetze in Hamburg – Bilanz nach einem Jahr In: KV-Journal, Zeitschrift der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg für ihre Mitglieder und deren Mitarbeiter, Sonderheft, Dezember 1999
- Lamparter, U. (1997) Qualität. Quantität? Qualität!, Editorial In: hamburgener Ärztezeitung 5/1997, 203
- Lee, P.R. & Etheredge, L. (1989) Clinical freedom: two lessons for the UK from U.S. experience with privatization of Health care In: The Lancet, 335, 263-267
- Lee, R I. & Jones, R.W. (1933) The Fundaments of Good Medical Care. Committee on the Costs of Medical Care. Publication 22. The University of Chicago Press
- MAGFS, Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung Baden-Württemberg (1987) Leistungs- und Kostentransparenz - Erste Ergebnisse eines Modellversuchs in der GKV. Stuttgart
- MAGS, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (1995) Zehn vorrangige Gesundheitsziele für NRW. Bielefeld
- Makowka, R. (1997) Jahresbericht über meine Tätigkeit als Ombudsmann des Universitätskrankenhauses Eppendorf. Berichtszeitraum vom 1.4.1996-31.3.1997

- Mayring, P. (1993) Einführung in die qualitative Sozialforschung, 2. Aufl., Beltz, Weinheim
- Meier, A. & Patt, K. (1998) Von ISO 9000 zum Total Quality Management: Untersuchung der Erwartungen und der Zufriedenheit des Kunden "Zuweisender Arzt" In: Lüthy, A. (Hrsg.): Aktuelle Brennpunkte im Pflegemanagement. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, 68-102
- Merton, R. K.; Fiske, M.; Kendall, P. (1952) The focused Interview. Bureau of Applied Research Columbia University. New York
- Meuser, M. & Nagel, U. (1991) ExpertInneninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion In: Garz, D.; Krainer, K. (Hrsg.): Qualitativ-empirische Sozialforschung. Konzepte, Methoden, Analysen. Westdeutscher Verlag, Opladen, 441-471
- Montgomery, F. U. (1998) Interview in Deutsches Allgemeines Sonntagsblatt Nr.23, 5. Juni 1998
- Nickel, S. & Hildebrandt, H. (1998) Im Spannungsfeld von Wissenschaft und Praxis: Ist die DAK-Studie der Beachtung wert? In: Deutsche Angestellten-Krankenkasse; Trojan, A.; Hildebrandt, H. (Hrsg.): Was können Krankenhäuser von Patienten lernen? 3. Fassung des Manuskripts, Hamburg
- Niebuhr, H.; Nahrstedt, U.; Reis, M.; Willhelm, W.; Rückert, K. (1995) Interdisziplinäres Kurzzeittherapie-Centrum als organisatorische Antwort auf die zukünftigen Anforderungen an ein großes kommunales Krankenhaus In: Der Chirurg, 34 (7), suppl. 151-155
- Perleth, M. (1997) Mehr "Qualität und Wirtschaftlichkeit" im Gesundheitswesen durch systematische Evaluation medizinischer Verfahren? In: Jahrbuch für kritische Medizin 28. Argumentverlag, Hamburg, 141-159
- Plassmann, W. (1999) Praxisnetze – Chancen, Risiken und Erfahrungen mit Systemen vernetzter Praxen, Deutsche Praxisnetz GmbH, Ahrensburg
- Potthoff, P. (1991) Sozialverhalten von Arzt und Patient In: Rosemeier, H.P. (Hrsg.): Medizinische Psychologie und Soziologie. 4., überarb. und erw. Auflage. Enke, Stuttgart
- Raspe, H.; Weber, U.; Voigt, S.; Kosinski, A.; Petras, H. (1996) Qualitätssicherung durch Patientenbefragungen in der medizinischen Rehabilitation. Manuskript, eingereicht bei Zeitschrift für Rehabilitation
- Rienhoff, O. (1998) Qualitätsmanagement In: Schwartz, F.W.; Badura B.; Leidl, R.; Raspe, H.; Siegrist, J. (Hrsg.): Das Public Health Buch. Urban und Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore, 585-598
- Rohde, J.J. (1972) Probleme des Arztberufs im Krankenhaus. In: Mitscherlich, A.; Brocher, T.; von Mering, O.; Horn, K. (Hrsg.): Der Kranke in der modernen Gesellschaft. 4. Auflage. Kiepenheuer&Witsch, Köln

- Rosenbrock, R. (1999) Neuer Anlauf zu erreichbaren Zielen. Die Eckpunkte der Gesundheitsreform. In: *Mabuse* 119 (5/6)
- Rubin, H. R. (1990) Can Patients evaluate the Quality of Care? In: *Med.Care Rev.*, 3, 267-326
- Ruprecht, T.M. (1998) Vorwort In: Ruprecht, T.M. (Hrsg.): *Experten fragen-Patienten antworten: patientenzentrierte Qualitätsbewertung von Gesundheitsdienstleistungen; Konzepte, Methoden, praktische Beispiele*. Asgard-Verlag Hippe. Schriftenreihe Forum Sozial- und Gesundheitspolitik; Bd. 12. Sankt Augustin, 7-8
- Satzinger, W. et al. (1995) Patientenbefragung und Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Erfahrungen aus einer Studie über Patientenzufriedenheit (I.) In: *f&w*, 5, 501-509
- Satzinger, W.; Seyfarth-Metzger, I.; Reitmeir, P. (1998) Kuration, Kommunikation oder Komfort? Patienten-Prioritäten beim Krankenhausaufenthalt. In: 3. Hamburger Workshop "Qualität im Gesundheitswesen" vom 29.-31. Januar 1998. Qualität der Gesundheitsversorgung messen, bewerten, darlegen und vergleichen. Konzepte, Methoden, praktische Beispiele auf dem Weg zur Zertifizierung und Akkreditierung. Abstractband, 79-80
- Schäferkordt, R. (1997) Was Gesundheit wert ist In: *vielgut 97/98*. Zeitung der Fachschaft Medizin Hamburg, 6-8
- Scheer, J.W. (1994) Psychische Verarbeitung von Krankenhausaufenthalten. In: Wilker, F.-W.; Bischoff, C.; Novak, P. (Hrsg.): *Medizinische Psychologie und medizinische Soziologie*. 2. Auflage. Urban und Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore
- Schelter, W. (1994) Marktlogik. Die Auswirkungen des GSG auf die Krankenhäuser. In: *Mabuse* 89 (4/5):34-37
- Scheuch, E.K. (1967) Das Interview in der Sozialforschung In: König, R. (Hrsg.): *Handbuch der empirischen Sozialforschung*. Band I. Stuttgart, 2. verb. Auflage
- Schmidt, J. et al. (1992) Möglichkeiten klinikinterner Qualitätssicherung (QS) auf der Grundlage eines Basis-Dokumentations-Systems sowie erweiterter Evaluationsstudien. In: *Gesundh.-Wes.*, 54, 70-80
- Schütze, F. (1977) Die Technik des narrativen Interviews in Interaktionsfeldstudien - dargestellt an einem Projekt zur Erforschung von kommunalen Machtstrukturen, Mimeo, Universität Bielefeld
- Schwartz, F.W. & Busse, R. (1994) Fünf Mythen zur Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen: Zur aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion in Deutschland In: *Jahrbuch für kritische Medizin* 23. Argumentverlag, Hamburg, 149-170
- Schwartz, F.W. et al. (1998) Ziele und Strategien der Gesundheitspolitik In: Schwartz, F. W.; Badura B.; Leidl, R.; Raspe, H.; Siegrist, J. (Hrsg.): *Das Public Health Buch*. Urban und Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore, 172-188

- Selbmann, H.K. (1999) zitiert nach einem Artikel in der Ärztezeitung Nr. 38 vom 1.3.1999, 9
- Siegrist, J. (1976) Der Doppelaspekt der Patientenrolle im Krankenhaus: empirische Befunde und theoretische Überlegungen. In: Begemann, H. (Hrsg.): Patient und Krankenhaus. Urban und Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore
- Siegrist, J. (1995) Medizinische Soziologie: mit 13 Tabellen / von Johannes Siegrist. 5., neu bearb. Auflage. Urban und Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore
- Simon, M. (1997) Das Krankenhaus zwischen öffentlichem Versorgungsauftrag und einzelwirtschaftlicher Orientierung. Neuere Entwicklungen im Gefolge von Budgetdeckelung und neuem Entgeltsystem. In: Jahrbuch für kritische Medizin 28. Argumentverlag, Hamburg, 33-54
- Simon, M. (1998) Begleitforschung zu den Auswirkungen der neuen Krankenhausfinanzierung. In: Jahrbuch für kritische Medizin 29. Argumentverlag, Hamburg, 112-126
- Spöhring, W. (1989) Qualitative Sozialforschung. Teubner, Stuttgart
- Stanton, H.; Back, K.W. ; Litwak, E. (1956) Role-Playing in Survey Research. AJS, 62, 172-176
- StBA (Statistisches Bundesamt) (1996) Krankenhausstatistik: Grund- und Kostendaten für die Jahre 1991-1994 In: Wirtschaft und Statistik, 6, 383-389
- StBA (Statistisches Bundesamt) (1997) Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 1995 In: Wirtschaft und Statistik, 8, 576-585
- Stiftung Warentest (1997) Gute Besserung, 7, 97-105
- Stobrawa, F.F. (1997) Qualitätssicherung-Eine originäre Aufgabe der Ärzteschaft In: Dt. Ärzteblt. 94,33 vom 15.8.1997, 1705-1706
- Straub, C. (1993) Qualitätssicherung im Krankenhaus: Die Rolle der Patienten. In: Badura, B.; Feuerstein, G.; Schott, T. (Hrsg.): System Krankenhaus, Weinheim-München, Juventa
- SVR (1987) Medizinische und ökonomische Orientierung: Vorschläge für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Jahrgutachten 1987. Baden-Baden: Nomos
- SVR, Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1994) Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000: Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität bei sich ändernden Rahmenbedingungen. Sachstandsbericht. Bonn
- Trojan, A. & Nickel, S. (1996) Begleitende Maßnahmen-Evaluation der Gesundheitsförderung bei Patienten im Modell-Krankenhaus "Alten Eichen", Schlußbericht des NFVPH-Projekts B 1 am Institut für Medizin-Soziologie des Universitätskrankenhauses Hamburg
- Trojan, A. (1996) Förderantrag an den Norddeutschen Forschungsverbund Public Health für die Studie "Entwicklung eines modularen Standard-Instruments zur Messung von Patientenzufriedenheit bei Kurzzeitpatienten" an der Universität Hamburg, Institut für Medizin-Soziologie

- Trojan, A. (1998) Warum sollen Patienten befragt werden? (II) In: Ruprecht, T.M. (Hrsg.): Experten fragen-Patienten antworten: patientenzentrierte Qualitätsbewertung von Gesundheitsdienstleistungen; Konzepte, Methoden, praktische Beispiele. Asgard-Verlag Dr. Werner Hippe KG, Schriftenreihe Forum Sozial- und Gesundheitspolitik, Bd. 12., Sankt Augustin, 15-30
- Williamson, J.W. (1978) Assessing and Improving Health Care Outcomes. The Health Accounting Approach to Quality Assurance. Cambridge: Ballinger
- Witzel, A. (1982) Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen, Campus, Frankfurt a. M.
- Woolhandler, S. & Himmelstein, D.U. (1991) The deteriorating administrative efficiency of the U.S. health care system. In: New Engl. J. Med. 324:1253-1258

ANHANG

Gesprächsleitfäden

Gesprächsleitfaden für Krankenhausexperten

1. Begriff und Untergruppen

- 1.1 Was ist Ihr Alltagsverständnis von sog. "Kurzzeit-Patienten" bzw. "Kurzzeit-Liegern"? Wie sind sie zu charakterisieren? An welche Diagnosegruppen und medizinischen Fachrichtungen denken Sie dabei?
- 1.2 Sind die sozialrechtlichen Einteilungen in
 - > ambulant Operierte
 - > vor- und nachstationär Behandelte, "teilstationäre" (älterer Begriff)
 - > stationäre Kurzzeit-Patienten
 - > Tagespatienten, Stundenfälle (§9-Patienten)sinnvoll und was bedeuten sie genau?
Wie wären sozialrechtlich relevante Abgrenzungen oder für Statistiken gebräuchliche Abgrenzungen von anderen Patienten (insbesondere der letztgenannten Gruppen) am besten zu operationalisieren?
- 1.3 Wie sieht es mit der Finanzierung und den Betriebskosten für diese Gruppen aus? Gibt es verschiedene Abrechnungsmodi (z.B. Fallpauschalen, Sonderentgelte, getrenntes Budget)?
- 1.4 Welche Untergruppen (z.B. Diagnose, Therapie, Pflegeform, Aufnahmegrund, evtl. auch nach Alter, Geschlecht) lassen sich sinnvoll unterscheiden (in allen 4 unter Frage 1.2. genannten Kategorien)?
- 1.5 Wie stark ist Ihrer Kenntnis nach der Trend zu einer Verkürzung der Verweildauern bzw. der Zunahme von Kurzzeit-Patienten und wie wird er sich voraussichtlich entwickeln (Verschiebungen in den Bereich der 3-Tages-Verweildauer)?
Läßt sich angeben, in welchen Krankenhäusern und/oder medizinischen Fachrichtungen die meisten dieser Kurzzeit-Patienten zu erwarten sind?
Gibt es finanzielle oder andere Anreize für bestimmte Trends und wie sehen sie aus?

2. Praxisrelevanz der Befragung (subjektive Einschätzung)

- 2.1 Für wie wichtig halten Sie die sog. Patienten-"Zufriedenheit" als Indikator für die Qualität der Krankenversorgung allgemein bzw. als Ergebnis-Indikator der medizinischen Behandlung?
Für wie wichtig und erfolgreich halten Sie medizinische interne oder externe QS-Maßnahmen?
- 2.2 Welche Einflußfaktoren täuschen Ihres Erachtens über das "wahre" Ausmaß der Zufriedenheit bzw. Qualität ? Gibt es positive oder negative Antworttendenzen, die besonders relevant sind?
- 2.3 Wo sehen Sie den Nutzen einer solchen Befragung

- > für das Krankenhaus,
 - > für die Patienten selbst,
 - > für die niedergelassenen Ärzte
 - > andere (z.B. Angehörige)?
- 2.4. Wie schätzen Sie die Chancen für die Umsetzung und Anwendung von Ergebnissen aus Patientenbefragungen ein?
Wo sehen Sie hierfür die Nachteile oder Schwierigkeiten?
- 2.5. Welche praktischen Probleme sehen Sie für die Durchführung einer Befragung von Kurzzeit-Patienten im Krankenhaus?

3. Dimensionen und Anforderungen

- 3.1. Welche konkreten Merkmale bzw. Dimensionen der Krankenhausversorgung können und sollten aus Sicht der Patienten beurteilt werden?
- 3.2. Welche besonderen Anforderungen stellen Kurzzeit-Patienten im allgemeinen und spezielle (weiter vorn genannte) Untergruppen an das Krankenhaus und das Personal?
- 3.3. Welche Maßnahmen (Service, Ausstattung, psychosoziale Betreuung, medizinische Versorgung etc.) treffen bei Kurzzeit-Patienten vermutlich auf besonderes Interesse?
Sind spezifische zu hohe oder zu niedrige Ansprüche bei diesen Patienten zu erwarten?
- 3.4. Welche Ansprüche an Qualität bzw. welche Dimensionen von Qualität sind für niedergelassene Ärzte und andere externe Kooperationspartner des Krankenhauses am wichtigsten?

4. Positive Ansätze und Hürden

- 4.1. Sind Ihnen Strategien der Veränderung wie z.B. "Organisationsentwicklung" und "Qualitätsmanagement" ein Begriff? Wenn ja, was könnte durch sie im Bereich der Kurzzeit-Patienten erreicht werden?
- 4.2. Was verstehen Sie unter "Gesundheitsförderung" in diesem Kontext? Welche gesundheitsfördernden Maßnahmen für Kurzzeit-Patienten wären sinnvoll und möglich?
- 4.3. Welche internen/externen Probleme oder Zwänge (z.B. Bürokratie, Finanzierung, Überbeanspruchung, Entmutigung) sehen Sie bei der Einführung bzw. Umsetzung qualitätssichernder Maßnahmen in der Versorgung von Kurzzeit-Patienten? Wo liegen die wichtigsten Hindernisse?
- 4.4. Kennen Sie konkrete Pläne oder Qualitätssicherungsmaßnahmen für eine verbesserte Versorgung von Kurzzeit-Patienten, eventuell nur für bestimmte Zielgruppen? Ggf. bitte beschreiben!
- 4.5. Für welche Untergruppen der Kurzzeit-Patienten sehen Sie zur Zeit den größten und den geringsten Handlungsbedarf?
Lassen sich Angaben machen, wo der Qualitätssicherungsbedarf aufgrund zunehmender Quantitäten besonders groß sein wird oder aufgrund einer besonderen Gefährdung der

Qualität besonders nötig ist?

- 4.6. Welche zusätzlichen Empfehlungen können Sie für ein Veränderungsprojekt machen? Durch wen könnten bzw. sollten Qualitätsverbesserungen umgesetzt werden?

5. Auswahl zu befragender Experten und Patienten

- 5.1. Welche Krankenhäuser sind Ihrer Meinung nach am besten geeignet, um unser Vorhaben, die Entwicklung eines Fragebogens für Kurzzeit-Patienten, zu unterstützen?
- 5.2. Gibt es medizinische Fachrichtungen oder Krankenhäuser, die einen besonders hohen Anteil an Kurzzeit-Patienten aufweisen bzw. Versorgungsangebote des ambulanten Operierens oder der vor- und nachstationären Behandlung als "Vorreiter" bzw. "Pioniere" eingeführt haben?
Oder bestimmte Einrichtungen, die unsere Untersuchung als Unterstützung für ihre innovativen Absichten in der Qualitätssicherung ansehen würden?
- 5.3. Welche internen und externen Experten für Kurzzeit-Patienten (z.B. Klinik-/Abteilungsleiter; einweisende/selbst operierende Vertragsärzte, Verwaltungspersonal) könnten als weitere Gesprächspartner für uns relevant bzw. an weiterer Kooperation mit uns interessiert sein?
- 5.4. Im Krankenhaus: Wie läßt sich die qualitative Patientenbefragung am besten praktisch durchführen?

Gesprächsleitfaden für Patienten

1. Allgemeine und spezielle Erwartungen

- 1.1 Denken Sie bitte noch einmal an Ihre gesamte Krankenhaus-Behandlung (prä- und poststationär): Gab es dort irgendwelche Bereiche, die Sie geärgert oder enttäuscht haben und die künftig noch verbessert werden müssen?
- 1.3 Was hat Sie angenehm überrascht, auch wenn Sie nur sehr kurz im Krankenhaus waren? Sollten Ihrer Meinung nach viel mehr Patienten von dieser neuen Möglichkeit der Behandlung Gebrauch machen?
- 1.2 Auf welche Aspekte der Versorgung mußten Sie verzichten, weil Sie nur sehr kurz bzw. für wenige/keine Nächte im Krankenhaus behandelt wurden? Haben Sie etwas vermißt, auf das alle Patienten einen Anspruch haben sollten?
- 1.4 Welche konkreten Erwartungen, Wünsche und Ansprüche haben Sie an ein Krankenhaus bzw. die Betreuung vor und nach dem Krankenhausaufenthalt? Welche Merkmale (z.B. Information, Wartezeit, Hilfsbereitschaft) sind Ihnen besonders wichtig?
- 1.5 Wie empfanden Sie die Kontinuität und Kooperation zwischen Ihrem Hausarzt/überweisenden Arzt und der Krankenhausbehandlung? Was erwarten Sie hierbei von Ihrem niedergelassenen Arzt? Wo gab es Probleme und was könnte man noch verbessern?
- 1.6 Für wie wichtig halten Sie persönlich eine Befragung von Patienten zur Krankenhausversorgung? Glauben Sie, daß sie eher positive, negative oder gar keine Folgen für die künftige Versorgung von Patienten hat?

2. Ansätze für Gesundheitsförderung

- 2.1 Was verstehen Sie unter dem Begriff "Gesundheitsförderung"? Was verbinden Sie damit?
- 2.2 Haben Sie aufgrund Ihrer Krankheit oder Verletzung Ihren Lebensalltag umstellen müssen bzw. den eigenen Lebensstil geändert?
- 2.3 Für wie wünschenswert halten Sie es, daß Krankenhäuser ein stärkeres Gewicht auf Gesundheitsförderung legen? Haben Sie eine Idee, wie diese Unterstützung speziell für Kurzzeit-Patienten aussehen könnte?
- 2.4 Wer trug Ihrer Meinung nach die größte "Verantwortung" oder "Last" für die Bewältigung Ihrer Krankheit? Inwieweit trugen die folgenden Gruppen dazu bei?
 - > Haus-/Facharzt
 - > Ärzte und Pflegekräfte im Krankenhaus
 - > andere soziale Dienste (z.B. mobile Pflegedienste, Sozialamt)
 - > Angehörige, Freunde, Nachbarn
 - > Sie selbst

Gesprächsleitfaden für niedergelassene Ärzte

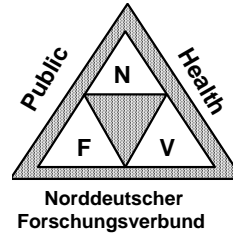
1. Zu stationären Kurzeitaufenthalten Ihres Patientenkontexts

- 1.1 Welche Anlässe für einen stationären Kurzeitaufenthalt kommen bei Ihren Patienten am häufigsten vor?
- 1.2 Nutzen Sie die Möglichkeit von stationären Kurzeitaufenthalten in den letzten Jahren häufiger (ggfs. bei welchen Anlässen)?
- 1.3 Mit welchen Einrichtungen/Krankenhäusern arbeiten Sie dabei vorwiegend zusammen?
- 1.4 Welche Qualitätsmerkmale der stationären und ambulanten Versorgung (z.B. psychosoziale Betreuung, Aufklärung, Vor- und Nachbetreuung) sind Ihrer Erfahrung nach am wichtigsten für die Patienten?
- 1.5 Was könnte bei den Kurzeitaufenthalten Ihrer Patienten noch verbessert werden?
- 1.6 Haben Sie Anregungen dazu, wie dies geschehen könnte?

2. Zur Verbesserung der Kooperation

- 2.1 Welche Erwartungen an eine gute Kooperation mit dem Krankenhaus haben Sie als Arzt? Was muß "gut klappen"?
- 2.2 In welchen Bereichen haben Sie in der Vergangenheit Probleme mit stationären Einrichtungen erlebt (wenn möglich bitte auch die Patientengruppe benennen, bei der es manchmal nicht geklappt hat)?
- 2.3 Haben Sie konkrete Pläne, Maßnahmen oder Ideen für eine verbesserte Zusammenarbeit bei der Versorgung von Kurzzeit-Patienten?
- 2.4 Wo liegen vermutlich die größten Chancen und Hürden für eine erfolgreiche Umsetzung?
- 2.5 Welche Probleme bei der Indikationsstellung für Kurzeitaufenthalte (diagnostischer oder therapeutischer Art) sehen Sie (z.B. zu enge oder zu weite Indikationsstellung)?

Der entstandene Pretest-Fragebogen



Fragebogen zur Krankenhausqualität bei Kurzzeitpatienten (FKKP)

Liebe Patientin, lieber Patient !

Der Fragebogen befaßt sich mit Ihren Erfahrungen während des Krankenhausaufenthaltes. Damit Ihnen die Beantwortung der Fragen und Aussagen etwas leichter fällt, finden Sie im folgenden einige **Erläuterungen und Beispiele**:

- ◆ Sie haben die Möglichkeit, Ihre Antworten zu den Fragen abzustufen. Bitte kreuzen Sie jeweils nur eine Antwortmöglichkeit an, und zwar diejenige, die Ihrer Erfahrung am meisten entspricht.

Beispiel: „Die Verpflegung war schmackhaft und abwechslungsreich.“

stimmt gar nicht	stimmt kaum	stimmt teils, teils	stimmt ziem- lich	stimmt völlig
[0]	[1]	[2]	[3]	[4]

- ◆ Einige Fragen vervollständigen Sie bitte durch Ankreuzen des zutreffenden Kästchens.

Beispiel: „Wie wurden Sie in das Krankenhaus aufgenommen?“

Notfall	geplante Einweisung
[]	[]

- ◆ Dort, wo es erforderlich ist, tragen Sie bitte eine Zahl oder freien Text ein.

Beispiel: „Wie alt sind Sie?“ Jahre

Bitte beantworten Sie **alle** Fragen und Aussagen so sorgfältig wie möglich!

A. Unterbringung und Verpflegung

Einleitend möchten wir Ihnen einige Fragen zur Unterbringung, einschließlich der Verpflegung im Krankenhaus stellen. Bitte geben Sie durch ein Kreuz auf der Skala zwischen [0] und [4] an, in welchem Maße die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen.

		stimmt gar nicht	stimmt kaum	stimmt teils, teils	stimmt ziem- lich	stimmt völlig
A.1	Die Verpflegung (Essen, Getränke) im Krankenhaus war schmackhaft und abwechslungsreich.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
A.2	Mein Krankenzimmer, einschließlich Toilette und Waschecke, war angenehm und zweckmäßig ausgestattet.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
A.3	Ich habe im Zimmer den nötigen Platz vermißt, um persönliche Sachen unterzubringen.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
A.4	Teilten Sie das Zimmer mit anderen Patienten? Falls ja: Mein Zimmernachbar paßte gut zu mir.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
A.5	Die Untersuchungsräume (z.B. EKG, Röntgen, Endoskopie) wirkten zu kalt und maschinell.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
A.6	Die Aufenthaltsecken und Wartezonen für die Patienten waren gemütlich.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
A.7	Es hat mich gestört, daß Untersuchungen im Beisein fremder Menschen durchgeführt wurden.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
A.8	Ich oder mein Besuch hatten Probleme, im Krankenhaus die richtigen Räume zu finden.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]

B. Zuwendung des Personals

Im folgenden möchten wir wissen, wie Sie die menschliche Zuwendung und Hilfsbereitschaft im Krankenhaus erlebt haben. Insbesondere interessiert uns, ob Sie mit dem Klinikpersonal, vor allem den Schwestern, Pflegern und Ärzten, zufrieden waren.

		stimmt gar nicht	stimmt kaum	stimmt teils, teils	stimmt ziem- lich	stimmt völlig
B.1	Im Haus wurde viel Wert auf die passende Form der Begrüßung und des Abschieds gelegt.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
B.2	Das Personal konnte den Patienten etwas geben, was sie im Inneren aufgebaut und beruhigt hat.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
B.3	Ich war dem Personal dankbarer, als ich es während des Aufenthalts zeigen konnte.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
B.4	Patienten wurden vom Personal mitunter als „überempfindlich“ oder „schwierig“ betrachtet.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
B.5	Das Personal wirkte auf mich schon mal übermäßig gestreßt, müde oder gereizt.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
B.6	Auf meine Schmerzen und Beschwerden hat das Personal immer hilfreich reagiert.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
B.7	Es hat dem Personal nicht nur Mühe, sondern Vergnügen bereitet, kranken Menschen zu helfen.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
B.8	Niemand hat sich entschuldigt, wenn die Bedürfnisse von Patienten mal zu kurz kamen.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]

C. Verfügbarkeit und Kompetenz

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Erreichbarkeit, die Kenntnisse und Fähigkeiten des Personals.

		stimmt gar nicht	stimmt kaum	stimmt teils, teils	stimmt ziem- lich	stimmt völlig
c.1	Die Pflegekräfte haben aufwendige Tätigkeiten (z.B. Waschen) übergangen oder nur flüchtig ausgeführt.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
c.2	Oft mußten die Pflegekräfte an drei Orten zugleich sein, weil die Station zu knapp besetzt war.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
c.3	Die wenigsten Arbeiten konnten die Pflegekräfte bei mir ohne Unterbrechung durchführen.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
c.4	Das Pflegepersonal hat alle nötigen Maßnahmen sicher und gründlich durchgeführt.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
c.5	Die Ärzte waren bei unvorhergesehenen Ereignissen oder Problemen immer sofort zur Stelle.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
c.6	Die Zeit, die Ärzte für mich persönlich zur Verfügung hatten (z.B. Aufnahme, Visite), war nicht ausreichend.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
c.7	Die Ärzte haben die erforderlichen Maßnahmen sicher und gründlich durchgeführt.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
c.8	Die Ärzte wurden bei ihrer Arbeit oft gestört (z.B. durch andere Mitarbeiter, Pieper, Telefon).	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]

D. Ablauforganisation und Kooperation im Krankenhaus

Die folgenden Fragen beziehen sich darauf, wie zufrieden Sie mit der Organisation im Krankenhaus und der Zusammenarbeit zwischen den beruflichen Helfergruppen waren.

		stimmt gar nicht	stimmt kaum	stimmt teils, teils	stimmt ziem- lich	stimmt völlig
D.1	Ich bekam schnell genug einen Aufnahmetermin.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
D.2	Ich empfand die Wartezeit von der Aufnahme bis zur Behandlung als zu lang.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
D.3	Die Wartezeiten vor Untersuchungen (inkl. Vor- und Nachkontrolle) waren unangenehm lang.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
D.4	Ich hatte vor Entlassung genug Zeit, um mich von den Untersuchungen oder Eingriffen zu erholen.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
D.5	Die Untersuchungen und Behandlungen im Krankenhaus waren <u>zu</u> straff organisiert.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
D.6	Einige Arbeiten mußten verschoben werden, weil die nötigen Unterlagen bzw. Mitarbeiter fehlten.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
D.7	Der mich betreffende Informationsfluß zwischen den Berufsgruppen im Haus verlief reibungslos.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
D.8	Der Umgang von Pflegepersonal und Ärzten untereinander war freundlich.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]

E. Information und Aufklärung

Die nächsten Fragen beziehen sich auf die ärztliche Aufklärung und Information über Ihre Krankheit und die Behandlung im Krankenhaus.

		stimmt gar nicht	stimmt kaum	stimmt teils, teils	stimmt ziem- lich	stimmt völlig
E.1	Die Gespräche mit den Krankenhaus-ärzten über Risiken und Folgen der Behandlung haben mich beunruhigt.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
E.2	Ich wurde so frühzeitig über den Ablauf der Behandlung informiert, daß ich noch zurück gekonnt hätte.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
E.3	Der aufklärende Arzt hat mir Dinge gesagt, die mich verwirrt haben.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
E.4	Art und Ursache der Krankheit sind mir bis jetzt eigentlich unklar geblieben.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
E.5	Die Krankenhausärzte haben bei mir falsche Hoffnungen für den Aufenthalt geweckt.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
E.6	Alles, was die Ärzte im Krankenhaus vorher gesagt haben, ist tatsächlich eingetreten.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
E.7	Ich wurde Schritt für Schritt über Maßnahmen und Zwischenergebnisse der Behandlung aufgeklärt.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
E.8	Im Verlauf der Behandlung hatte ich immer mehr Zweifel am Sinn und Zweck des Ganzen.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]

F. Einfluß- und Mitsprachemöglichkeiten

Des weiteren interessiert uns, wie Sie Ihre Einfluß- und Mitsprachemöglichkeiten im Hinblick auf die Gesamtbehandlung im Krankenhaus eingeschätzt haben.

		stimmt gar nicht	stimmt kaum	stimmt teils, teils	stimmt ziem- lich	stimmt völlig
F.1	Ich wurde über die offiziellen Sprechzeiten und Räume aller Hilfsdienste im Haus informiert.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
F.2	Die Ärzte haben erkannt, daß meine Erfahrungen und Kenntnisse bei der Behandlung nützlich sind.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
F.3	Bei Fragen zu meiner Krankheit haben mich die Pflegekräfte zu wenig unterstützt.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
F.4	Ich habe Gespräche unter vier Augen mit den Ärzten oder Pflegekräften vermißt.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
F.5	Ich konnte die Vorgesetzten (z.B. Oberarzt, Stationsleitung) auf Fehler und Mißverständnisse hinweisen.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
F.6	Es gab für mich immer eine Ansprechperson im Krankenhaus, auch wenn das Personal gewechselt hat.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
F.7	Für Begleitprobleme, die mir wichtig waren (z.B. Pflege, Wohnung, Reha), wurden Lösungen gefunden.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
F.8	Angehörige oder Freunde wurden so, wie ich es wollte, bei der Behandlung einbezogen.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
F.9	Termine (Aufnahme, Entlassung) waren unzureichend mit mir abgesprochen.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]

G. Kontinuität der Versorgung

Diese Fragen beziehen sich darauf, ob das Krankenhaus vor und nach Ihrem Aufenthalt zu einer lückenlosen Versorgung beigetragen hat.

		stimmt gar nicht	stimmt kaum	stimmt teils, teils	stimmt ziem- lich	stimmt völlig
G.1	Im Krankenhaus wußte man über Untersuchungen bescheid, die bereits vorher gemacht worden waren.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
G.2	Ich war im Vorfeld gut über den Aufenthalt (z.B. Mitbringen von Unterlagen) informiert worden.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
G.3	Ich hatte Probleme mit der häuslichen Nachsorge, die meines Erachtens vermeidbar gewesen wären.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
G.4	Mein Arzt wurde umgehend über meine Rückkehr und die Ergebnisse des Aufenthalts informiert.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
G.5	Ich wurde an andere Einrichtungen oder Ärzte verwiesen, die auf meine Situation nicht vorbereitet waren.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
G.6	Mir blieb unklar, ob und wie man Hilfe von anderen Einrichtungen (z.B. Selbsthilfegruppen, Pflegediensten) erhält.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]

H. Kompetenzvermittlung, Patientenschutz

Ein Krankenhaus sollte nicht nur heilen, sondern Patienten in die Lage versetzen, selbst für ihre Gesundheit zu sorgen und dafür einzutreten.

		stimmt gar nicht	stimmt kaum	stimmt teils, teils	stimmt ziem- lich	stimmt völlig
H.1	Ich fühlte mich in der Lage, nach der Entlassung alles Notwendige für den Heilungsverlauf zu tun.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
H.2	Ich wurde darüber informiert, welche Beeinträchtigungen für das tägliche Leben „normal“ und „kritisch“ sind.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
H.3	Bei Problemen zu Hause (z.B. Blutung, Infektion) wußte ich, wo ich im Krankenhaus Rat bekommen konnte.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
H.4	Meine Ärzte haben mich bzw. meine Angehörigen ermutigt, bei neuen Komplikationen wiederzukommen.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
H.5	Es gab zu wenig praktische Tips und Übungen für den häuslichen Umgang mit meiner Krankheit.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
H.6	Ich erhielt Hinweise oder Broschüren über meine Rechte als Patient (z.B. ärztliche Aufklärung).	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
H.7	Es blieb mir schleierhaft, wie ich meine Bedürfnisse und Rechte im Krankenhaus durchsetzen kann.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]

I. Erfolg der Behandlung

In erster Linie dient ein Krankenhaus der Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten. Jetzt, wo Ihr Aufenthalt bereits einige Zeit hinter Ihnen liegt, interessiert uns, wie sehr Sie glauben, daß Ihnen geholfen worden ist.

		stimmt gar nicht	stimmt kaum	stimmt teils, teils	stimmt ziem- lich	stimmt völlig
1.1	Alles in allem verlief die Erholung schneller und komplikationsfreier als erwartet.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
1.2	Bis heute sind nicht alle körperlichen Beschwerden und Beeinträchtigungen verschwunden.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
1.3	Durch den Krankenhausaufenthalt wurden mir die größten Sorgen um meine Gesundheit genommen.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
1.4	Ich habe neue Lebensfreude bei mir entdeckt, um in Zukunft gesünder leben zu können.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
1.5	In den Tagen nach der Entlassung mußte ich meine Aktivitäten stark einschränken.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
1.6	Ich fühle mich dank der Behandlung wieder als Mensch, der ohne fremde Hilfe auskommt.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
1.7	Wie zufrieden sind Sie mit dem Erfolg der medizinischen Behandlung im Krankenhaus?	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
			sehr unzufrieden	eher unzufrieden	eher zufrieden	sehr zufrieden

1.8	<p>Wenn Sie jetzt noch einmal an Ihren Gesundheitszustand vor Ihrem Klinikaufenthalt denken:</p> <p>Wie hat sich Ihr Gesundheitszustand durch den Klinikaufenthalt verändert?</p>	<p>[0] [1] [2] [3] [4]</p>	<p>stark verschlechtert etwas verschlechtert nicht verändert etwas gebessert stark gebessert</p>
-----	---	--	--

J. Attraktivität des Krankenhauses

Während sich die vorherigen Fragen auf medizinische Aspekte des Krankenhausaufenthaltes beziehen, möchten wir nunmehr Ihre Gesamtzufriedenheit mit dem Krankenhaus bzw. seine künftige Inanspruchnahme feststellen.

		stimmt gar nicht	stimmt kaum	stimmt teils, teils	stimmt ziem- lich	stimmt völlig
J.1	Alles in allem entsprach die Betreuung im Krankenhaus meinen Erwartungen und Bedürfnissen.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
J.2	Es gab einige Dinge während des Krankenhausaufenthalts, die noch besser sein könnten.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
J.3	Ich war angenehm überrascht, wie gut das Krankenhaus auf seine Patienten eingestellt war.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
J.4	In Zukunft lasse ich mich nur noch in diesem Krankenhaus, d.h. an keinem anderen <u>Ort</u> behandeln.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
J.5	Unter ähnlichen Umständen würde ich keine andere <u>Art</u> der Behandlung in Betracht ziehen.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
J.6	Die Betreuung im Krankenhaus war so gut, daß ich bei meinen Bekannten davon geschwärmt habe.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]

J.7	Wenn Sie einmal <u>alle</u> Aspekte Ihres Krankenhausaufenthaltes berücksichtigen (z.B. Ausstattung, Sauberkeit, Wartezeiten, Aufklärung, Qualität der medizinischen Behandlung usw.):	[0]	sehr unzufrieden
		[1]	eher unzufrieden
		[2]	eher zufrieden
		[3]	sehr zufrieden
Wie zufrieden sind Sie dann insgesamt mit dem Krankenhaus?			

J.8	Wie beurteilen Sie Ihren Klinikaufenthalt insgesamt? sehr schlecht [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] ausgezeichnet
-----	--

K. Anlaß für den Klinikaufenthalt

Da Patienten aus sehr verschiedenen Anlässen in ein Krankenhaus kommen, gibt es Situationen, die nicht für alle gleich bedeutsam sind. Aus diesem Grund haben wir einige besondere Fragen an Sie.

K.1	Aus welchem Anlaß waren Sie überwiegend im Krankenhaus?	<input type="checkbox"/> [] <input type="checkbox"/> [] <input type="checkbox"/> [] <input type="checkbox"/> []	Diagnostik, Verlaufskontrolle Operation, operativer Eingriff nichtoperative Therapie sonstiges, und zwar
K.2	Wie wurden Sie in das Krankenhaus aufgenommen?	<input type="checkbox"/> [] <input type="checkbox"/> [] <input type="checkbox"/> []	Notfall geplante Einweisung sonstiges, und zwar
K.3	Auf welcher Station bzw. Fachabteilung waren Sie untergebracht?	<input type="checkbox"/> [] <input type="checkbox"/> [] <input type="checkbox"/> [] <input type="checkbox"/> [] <input type="checkbox"/> [] <input type="checkbox"/> []	Notaufnahme Schlaflabor Herzkatheterplatz Innere Medizin (M1-M4) Chirurgie (C1-C4) sonstiges, und zwar
K.4	Wohin wurden Sie entlassen?	<input type="checkbox"/> [] <input type="checkbox"/> [] <input type="checkbox"/> [] <input type="checkbox"/> [] <input type="checkbox"/> [] <input type="checkbox"/> []	nach Hause anderes Krankenhaus Pflege-/Altenheim ambulante Pflege Reha-Einrichtung sonstiges, und zwar

K.5 Beschreiben Sie bitte Ihre **Hauptkrankheit** bzw. den Grund für den Klinikaufenthalt:

.....

.....

.....

.....

K.6 Beschreiben Sie uns bitte auch, **was** mit Ihnen im Krankenhaus gemacht wurde:

.....

Haben oder hatten Sie jemals eine der folgenden Krankheiten?

		ja	nein
K.7	Herzinfarkt	[]	[]
K.8	Herzschwäche (z.B. „Wasser in der Lunge“ oder Atemnot)	[]	[]
K.9	Bypass-Operation an den Beinen	[]	[]
K.10	Schlaganfall	[]	[]
K.11	Lähmung eines Armes und/oder Beines nach einem Schlaganfall	[]	[]
K.12	Asthma, das mit Medikamenten behandelt wird	[]	[]
K.13	Chronische Bronchitis, die mit Medikamenten behandelt wird	[]	[]
K.14	Magengeschwür	[]	[]
K.15	Zuckerkrankheit, die mit Tabletten oder Insulin behandelt wird	[]	[]
K.16	Erkrankung der Augen und/oder Nieren wegen Zuckerkrankheit	[]	[]
K.17	Nierenerkrankung (erhöhte Kreatininwerte oder dialysepflichtiges Nierenversagen oder Nierentransplantation)	[]	[]
K.18	Rheumatische Arthritis	[]	[]
K.19	Leberzirrhose	[]	[]
K.20	Alzheimer Erkrankung	[]	[]
K.21	Blutkrebs (z.B. Leukämie)	[]	[]
K.22	Eine andere Krebserkrankung	[]	[]
K.23	AIDS	[]	[]

K.24	Wie würden Sie Ihren augenblicklichen Gesundheitszustand beschreiben?	<input type="checkbox"/> schlecht <input type="checkbox"/> weniger gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> ausgezeichnet
------	---	--

L. Statistische Angaben

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

L.1	Wie alt sind Sie? Jahre
L.2	Welches Geschlecht haben Sie? <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
L.3	Wie lautet Ihr höchster erreichter Schulabschluß? <input type="checkbox"/> (noch) ohne Abschluß <input type="checkbox"/> Volks-, Hauptschule <input type="checkbox"/> Mittlere Reife, Realschule <input type="checkbox"/> Abitur, Fachabitur <input type="checkbox"/> Hochschulabschluß
L.4	Welchen Familienstand haben Sie? <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet
L.5	Welchen Versichertenstatus haben Sie? <input type="checkbox"/> ohne Versicherung <input type="checkbox"/> gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> mit Zusatzversicherung <input type="checkbox"/> privat versichert
L.6	Wieviele Tage waren Sie insgesamt im Krankenhaus? <input type="checkbox"/> 1 Tag (ohne Übernachtung) <input type="checkbox"/> 2 Tage <input type="checkbox"/> 3 Tage <input type="checkbox"/> 4 Tage und mehr
L.7	Vor wieviel Tagen wurden Sie aus dem Krankenhaus entlassen? Tage
L.8	Wie lautet das heutige Datum? / / 1997

M. Anmerkungen und Kritik

Haben Sie noch Anmerkungen zu Ihrem Aufenthalt im Krankenhaus oder zur Vor- und Nachbetreuung? Wenn ja, möchten wir Sie bitten, im folgenden Kritik, Ergänzungen und Verbesserungsvorschläge niederzuschreiben.

M.1 Was mir im Krankenhaus besonders **gut** gefallen oder angenehm überrascht hat:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

M.2 Was mir im Krankenhaus **nicht so gut** gefallen oder unangenehm überrascht hat:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

M.3 Meine **Verbesserungsvorschläge** oder Empfehlungen für das Krankenhaus lauten:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

M.4	Wie lange haben Sie <u>bis jetzt</u> für das Ausfüllen des Fragebogens Minuten gebraucht?
-----	---

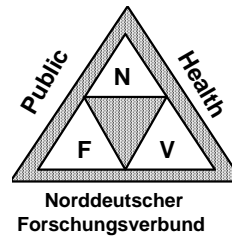
N. Lesen, Erinnern und Schreiben - immer eine Freude ?

Zum Schluß möchten wir Sie bitten, nochmal den Fragebogen durchzuschauen und zu überprüfen, ob Sie alle Fragen verstanden und vollständig beantwortet haben. Da wir beabsichtigen, eine kürzere Fassung des Fragebogens zu entwickeln, können Sie uns helfen, indem Sie die folgenden Fragen beantworten.

N.1	Wie empfanden Sie insgesamt das Ausfüllen des Fragebogen?	<input type="checkbox"/> [] <input type="checkbox"/> [] <input type="checkbox"/> [] <input type="checkbox"/> []	spannend und unterhaltsam gerade noch zumutbar langweilig und lästig richtig unangenehm
N.2	Für wie wichtig halten Sie grundsätzlich eine solche Befragung?	<input type="checkbox"/> [] <input type="checkbox"/> [] <input type="checkbox"/> [] <input type="checkbox"/> []	wichtig, mit hohem Nutzen wichtig, aber eher folgenlos wenig bedeutsam völlig überflüssig
N.3	Welche Fragen bzw. Fragekomplexe waren schwierig zu beantworten oder nicht auf den ersten Blick verständlich? (Bitte Nummer angeben !)	Nr.:	
N.4	Welche Fragen bzw. Fragekomplexe mochten Sie nicht oder waren Ihnen ein bißchen unangenehm? (Bitte Nummer angeben !)	Nr.:	
N.5	Bei welchen Fragen oder Fragekomplexen hatten Sie das Gefühl, daß Sie gern mehr dazu gesagt hätten? (Bitte Nummer angeben !)	Nr.:	

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit !

Der endgültige Fragebogen



Fragebogen zur Krankenhausqualität bei Kurzzeitpatienten (FKKP)

Liebe Patientin, lieber Patient !

Der Fragebogen befaßt sich mit Ihren Erfahrungen während des Krankenhausaufenthaltes. Damit Ihnen die Beantwortung der Fragen und Aussagen etwas leichter fällt, finden Sie im folgenden einige **Erläuterungen und Beispiele**:

- Sie haben die Möglichkeit, Ihre Antworten zu den Fragen abzustufen. Bitte kreuzen Sie jeweils nur eine Antwortmöglichkeit an, und zwar diejenige, die Ihrer Erfahrung am meisten entspricht.

Beispiel: „Die Verpflegung war schmackhaft und abwechslungsreich.“

<i>stimmt gar nicht</i>	<i>stimmt kaum</i>	<i>stimmt teils, teils</i>	<i>stimmt ziemlich</i>	<i>stimmt völlig</i>
[0]	[X]	[2]	[3]	[4]

- Einige Fragen vervollständigen Sie bitte durch Ankreuzen des zutreffenden Kästchens.

Beispiel: „Welches Geschlecht haben Sie?“

<i>männlich</i>	<i>weiblich</i>
[]	[X]

- Dort, wo es erforderlich ist, tragen Sie bitte eine Zahl oder freien Text ein.

Beispiel: „Wie alt sind Sie?“ 58 Jahre

Bitte beantworten Sie **alle** Fragen und Aussagen so sorgfältig wie möglich!

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

A. Unterbringung und Verpflegung

Einleitend möchten wir Ihnen einige Fragen zur Unterbringung, einschließlich der Verpflegung im Krankenhaus stellen. Bitte geben Sie durch ein Kreuz auf der Skala zwischen [0] und [4] an, in welchem Maße die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen.

		stimmt gar nicht	stimmt kaum	stimmt teils, teils	stimmt ziem- lich	stimmt völlig
A.1	Die Verpflegung (Essen, Getränke) im Krankenhaus war schmackhaft und abwechslungsreich.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
A.2	Mein Krankenzimmer, einschließlich Toilette und Waschecke, war angenehm und zweckmäßig ausgestattet.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
A.3	Die Untersuchungsräume (z.B. EKG, Röntgen, Endoskopie) wirkten zu kalt und maschinell.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
A.4	Es kam vor, daß bei Untersuchungen nicht genug Rücksicht auf meine Intimsphäre genommen wurde.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
A.5	Ich oder mein Besuch hatten Probleme, im Krankenhaus die richtigen Räume zu finden.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]

B. Pflegerische Betreuung

Im folgenden möchten wir wissen, wie Sie die persönliche Zuwendung und Umgangsform der Mitarbeiter des Krankenhauses erlebt haben. Dabei interessiert uns zunächst, ob Sie mit dem Krankenpflegepersonal, also den Schwestern und Pflegern, zufrieden waren.

		stimmt gar nicht	stimmt kaum	stimmt teils, teils	stimmt ziem- lich	stimmt völlig
B.1	Es hat den Schwestern und Pflegern sehr viel Freude bereitet, kranken Menschen zu helfen.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
B.2	Die Pflegekräfte konnten den Patienten etwas geben, was sie innerlich aufgebaut und beruhigt hat.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
B.3	Auf meine Schmerzen und Beschwerden haben die Pflegekräfte immer schnell reagiert.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
B.4	Die Pflegekräfte haben aufwendige Tätigkeiten (z.B. Waschen) übergangen oder nur flüchtig ausgeführt.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
B.5	Oft mußten die Pflegekräfte an drei Orten zugleich sein, weil die Station zu knapp besetzt war.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]

C. Ärztliche Betreuung

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die persönliche Zuwendung und Umgangsform der Krankenhausärzte.

		stimmt gar nicht	stimmt kaum	stimmt teils, teils	stimmt ziem- lich	stimmt völlig
C.1	Die Ärzte im Krankenhaus haben die Gedanken und Gefühle von Patienten verstanden.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
C.2	Die Ärzte wirkten mir gegenüber ein wenig unruhig und nervös.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
C.3	Die Ärzte hatten zu wenig Zeit für den einzelnen Patienten (z.B. bei der Aufnahme, Visite).	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
C.4	Bei unvorhergesehenen Ereignissen oder Problemen war immer sofort ein Arzt zur Stelle.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
C.5	Die Ärzte wurden bei ihrer Arbeit oft gestört (z.B. durch andere Mitarbeiter, Pieper, Telefon).	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]

D. Ablauforganisation und Betriebsklima

Die folgenden Fragen beziehen sich darauf, wie zufrieden Sie mit der Ablauforganisation im Krankenhaus und der Zusammenarbeit zwischen den beruflichen Helfergruppen waren.

		stimmt gar nicht	stimmt kaum	stimmt teils, teils	stimmt ziem- lich	stimmt völlig
D.1	Ich bekam schnell genug einen Aufnahmeterminein.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
D.2	Ich empfand die Wartezeit von der Aufnahme bis zur Behandlung als zu lang.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
D.3	Ich fühlte mich durch Lärm und Unruhe im Krankenhaus gestört.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
D.4	Der mich betreffende Informationsfluß zwischen den Berufsgruppen im Haus verlief reibungslos.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
D.5	Der Umgang von Pflegepersonal und Ärzten untereinander war freundlich.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]

E. Information und Aufklärung

Die nächsten Fragen beziehen sich auf die ärztliche Informationsvermittlung und Aufklärung über Ihre Krankheit und die Behandlung im Krankenhaus.

		stimmt gar nicht	stimmt kaum	stimmt teils, teils	stimmt ziem- lich	stimmt völlig
E.1	Ich wurde frühzeitig genug über den Ablauf der Untersuchungen/Behandlungen informiert.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
E.2	Art und Ursache der Krankheit sind mir bis jetzt eigentlich unklar geblieben.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
E.3	Alles, was die Ärzte im Krankenhaus versprochen haben, ist tatsächlich eingetroffen.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
E.4	Ich wurde Schritt für Schritt über Ergebnisse der Untersuchungen/ Behandlungen aufgeklärt.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
E.5	Ich erhielt zu wenig Informationen über Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]

F. Einfluß- und Mitsprachemöglichkeiten

Des weiteren interessiert uns, wie Sie Ihre Einflußmöglichkeiten im Hinblick auf offene Fragen oder Entscheidungen im Krankenhaus eingeschätzt haben.

		stimmt gar nicht	stimmt kaum	stimmt teils, teils	stimmt ziem- lich	stimmt völlig
F.1	Niemand hat sich entschuldigt, wenn die Bedürfnisse von Patienten mal zu kurz kamen.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
F.2	Ich hatte oft das Gefühl, machtlos zu sein, d.h. mich nicht gegen Anordnungen wehren zu können.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
F.3	Bei Fragen zu meiner Krankheit haben mich die Schwestern und Pfleger zu wenig unterstützt.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
F.4	Ich habe Gespräche "unter vier Augen" mit dem verantwortlichen Krankenhausarzt vermißt.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
F.5	Es gab für mich immer eine Ansprech-person im Krankenhaus, auch wenn das Personal gewechselt hat.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]

G. Kontinuität der Versorgung

Diese Fragen beziehen sich darauf, ob das Krankenhaus vor und nach Ihrem Aufenthalt zu einer lückenlosen Versorgung beigetragen hat.

		stimmt gar nicht	stimmt kaum	stimmt teils, teils	stimmt ziem- lich	stimmt völlig
G.1	Im Krankenhaus wußte man über Untersuchungen bescheid, die bereits vorher gemacht worden waren.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
G.2	Ich war im Vorfeld gut über den Aufenthalt (z.B. Mitbringen von Unterlagen) informiert worden.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
G.3	Mein "Hausarzt" wurde umgehend über die Ergebnisse des Aufenthalts im Krankenhaus informiert.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
G.4	Es waren zu viele Einrichtungen oder Personen an meiner Behandlung (inkl. Vor- und Nachsorge) beteiligt.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
G.5	Ich erhielt ausreichend Unterstützung und Beruhigung durch Angehörige, Freunde oder Nachbarn.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]

H. Kompetenzvermittlung

Ein Krankenhaus sollte nicht nur heilen, sondern Patienten in die Lage versetzen, nach der Entlassung selbst für ihre Gesundheit zu sorgen und dafür einzutreten. Bitte geben Sie jeweils an, was in den folgenden Aussagen am besten auf Sie zutrifft.

		stimmt gar nicht	stimmt kaum	stimmt teils, teils	stimmt ziem- lich	stimmt völlig
H.1	Ich wurde darüber informiert, welche Beeinträchtigungen für das tägliche Leben zu erwarten sind.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
H.2	Für den Fall von Problemen zu Hause (z.B. Blutung, Infektion) wußte ich, wo im Krankenhaus Rat zu bekommen war.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
H.3	Meine Ärzte haben mich bzw. meine Angehörigen ermutigt, bei auftretenden Komplikationen wiederzukommen.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
H.4	Es gab zu wenig praktische Tips und Übungen für den häuslichen Umgang mit meiner Krankheit.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
H.5	Ich wußte, wer mich bei Bedarf beim Schutz meiner Rechte als Patient unterstützt.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]

I. Erfolg der Behandlung

Jetzt, wo Ihr Aufenthalt bereits einige Zeit hinter Ihnen liegt, interessiert uns, wie sehr Sie glauben, daß Ihnen geholfen worden ist.

		stimmt gar nicht	stimmt kaum	stimmt teils, teils	stimmt ziem- lich	stimmt völlig
I.1	Alles in allem verlief die Erholung schneller und komplikationsfreier als von mir erwartet.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
I.2	Bis heute sind nicht alle körperlichen Beschwerden und Beeinträchtigungen verschwunden.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
I.3	Durch den Krankenhausaufenthalt wurden mir die größten Sorgen um meine Gesundheit genommen.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
I.4	Ich habe neue Lebensfreude und neuen Lebensmut bei mir entdeckt.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
I.5	Ich kann wieder meinen alltäglichen Aktivitäten (z.B. Beruf, Haushalt, Sport) nachgehen.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]

I.6	Wie zufrieden sind Sie mit dem Erfolg der medizinischen Behandlung im Krankenhaus?	[0]	sehr unzufrieden
		[1]	eher unzufrieden
		[2]	eher zufrieden
		[3]	sehr zufrieden

I.7	Wenn Sie jetzt noch einmal an Ihren Gesundheitszustand vor Ihrem Klinik-aufenthalt denken: Wie hat sich Ihr Gesundheitszustand durch den Klinikaufenthalt verändert?	[0]	stark verschlechtert
		[1]	etwas verschlechtert
		[2]	nicht verändert
		[3]	etwas gebessert
		[4]	stark gebessert

I.8	Geben Sie bitte an, welche der folgenden Merkmale eines Krankenhauses Ihnen am wichtigsten sind ! (Bitte <u>höchstens drei</u> Kreuze machen !)	[A]	Unterbringung und Verpflegung
		[B]	Pflegerische Betreuung
		[C]	Ärztliche Betreuung
		[D]	Gute Organisation im Betrieb
		[E]	Information und Aufklärung
		[F]	Eigene Einflußmöglichkeiten
		[G]	Lückenlose Kontinuität der gesamten Behandlung
		[H]	Kompetenzvermittlung für den Umgang mit der Krankheit
	[I]	Heilung/Linderung der Krankheit	

J. Attraktivität des Krankenhauses

Während sich die vorherigen Fragen auf medizinische Aspekte des Krankenhausaufenthaltes beziehen, möchten wir nunmehr Ihre Gesamtzufriedenheit mit dem Krankenhaus feststellen.

		stimmt gar nicht	stimmt kaum	stimmt teils, teils	stimmt ziem- lich	stimmt völlig
J.1	Alles in allem entsprach die Betreuung im Krankenhaus meinen Erwartungen und Bedürfnissen.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
J.2	Es gab einige Dinge während des Krankenhausaufenthalts, die noch besser sein könnten.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
J.3	Ich war angenehm überrascht, wie gut das Krankenhaus auf seine Patienten eingestellt war.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
J.4	In Zukunft lasse ich mich nur noch in diesem Krankenhaus, d.h. in keiner anderen Klinik behandeln.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
J.5	Die Betreuung im Krankenhaus war so gut, daß ich bei meinen Bekannten davon geschwärmt habe.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]

J.6	Wenn Sie einmal <u>alle</u> Aspekte Ihres Krankenhausaufenthaltes berücksichtigen (z.B. Ausstattung, Sauberkeit, Wartezeiten, Aufklärung, Qualität der medizinischen Behandlung usw.): Wie zufrieden sind Sie dann insgesamt mit dem Krankenhaus?	[0]	sehr unzufrieden
		[1]	eher unzufrieden
		[2]	eher zufrieden
		[3]	sehr zufrieden

J.7	Wie beurteilen Sie Ihren Klinikaufenthalt insgesamt? sehr schlecht [0] [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] ausgezeichnet
-----	---

K. Anlaß für den Klinikaufenthalt

Da Patienten aus sehr verschiedenen Anlässen in ein Krankenhaus kommen, gibt es Situationen, die nicht für alle gleich bedeutsam sind. Aus diesem Grund haben wir einige besondere Fragen an Sie.

K.1	Aus welchem Anlaß waren Sie überwiegend im Krankenhaus?	<input type="checkbox"/> Leistenbruchoperation <input type="checkbox"/> Gallenblasenoperation <input type="checkbox"/> Krampfaderoperation <input type="checkbox"/> Knieoperation (arthroskopisch) <input type="checkbox"/> Schilddrüsenoperation <input type="checkbox"/> Materialentfernung <input type="checkbox"/> sonstiges, und zwar
K.2	Wie schwer war die Erkrankung, die zu Ihrem Krankenhausaufenthalt geführt hat?	<input type="checkbox"/> leichter Fall <input type="checkbox"/> weniger schwer <input type="checkbox"/> mittelmäßig <input type="checkbox"/> ziemlich schwer <input type="checkbox"/> sehr schwer
K.3	Wie lange wurden Sie im Krankenhaus stationär behandelt?	<input type="checkbox"/> 1 Tag (ohne Übernachtung) <input type="checkbox"/> 2 Tage <input type="checkbox"/> 3 Tage <input type="checkbox"/> 4 Tage <input type="checkbox"/> 5 Tage
K.4	Wie würden Sie Ihren augenblicklichen Gesundheitszustand beschreiben?	<input type="checkbox"/> schlecht <input type="checkbox"/> weniger gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> ausgezeichnet

L. Statistische Angaben

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

L.1	Wie alt sind Sie?	Jahre
L.2	Welches Geschlecht haben Sie?	<input type="checkbox"/>	männlich <input type="checkbox"/> weiblich
L.3	Wie lautet Ihr höchster erreichter Schulabschluß?	<input type="checkbox"/>	(noch) ohne Abschluß <input type="checkbox"/> Volks-, Hauptschule <input type="checkbox"/> Mittlere Reife, Realschule <input type="checkbox"/> Abitur, Fachabitur <input type="checkbox"/> Hochschulabschluß
L.4	Welchen Familienstand haben Sie?	<input type="checkbox"/>	ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet
L.5	Welchen Versichertenstatus haben Sie?	<input type="checkbox"/>	ohne Versicherung <input type="checkbox"/> gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> gesetzlich mit Zusatzvers. <input type="checkbox"/> privat versichert
L.6	Vor wieviel Tagen wurden Sie aus der stationären Behandlung entlassen?	vor	Tagen

M. Anmerkungen und Kritik

Haben Sie noch Anmerkungen zu Ihrem Aufenthalt im Krankenhaus oder zur Vor- und Nachbetreuung? Wenn ja, möchten wir Sie bitten, im folgenden Kritik, Ergänzungen und Verbesserungsvorschläge niederzuschreiben.

M.1 Was mir im Krankenhaus besonders **gut** gefallen oder mich angenehm überrascht hat:

Voruntersuchung:.....

.....

Aufenthalt:.....

.....

.....

Nachuntersuchung:.....

.....

M.2 Was mir im Krankenhaus **nicht so gut** gefallen oder mich unangenehm überrascht hat:

Voruntersuchung:.....

.....

Aufenthalt:.....

.....

.....

.....

Nachuntersuchung:.....

.....

M.3 Meine **Verbesserungsvorschläge** oder Empfehlungen für das Krankenhaus lauten:

.....

.....

.....

M.4	Wie lange haben Sie für das Ausfüllen des Fragebogens gebraucht?	Minuten
M.5	Datum, an dem dieser Fragebogen ausgefüllt wurde: / / 1998

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit !

Lebenslauf

Holger Passfeld
Geboren am 24.01.1972 in Dinslaken

Schulbildung

1978 – 1982 Bruchschule Dinslaken
1982 – 1991 Otto-Hahn-Gymnasium, Dinslaken

Studium der Medizin

1993 – 1995 Philipps-Universität Marburg
1995 – 1996 University of Limburg/Maastricht (NL)
1996 – 2000 Universität Hamburg

Praktisches Jahr

Innere Medizin: Universitätsspital Bern, Psychosomatische Abteilung
 Israelitisches Krankenhaus

HNO: Allgemeines Krankenhaus Barmbek, Hamburg
 Allgemeines Krankenhaus St. Georg, Hamburg

Chirurgie: Krankenhaus Rissen; Hamburg

Veröffentlichung

Nickel, S.; Brandt, C.; Trojan, A.; Passfeld, H. (2000), Kurzzeitpatienten in Hamburger Krankenhäusern – Eine Analyse der Entwicklungstrends von 1993 bis 1997, In: Das Krankenhaus 10, 794 – 800

Hamburg, den 23.04.2001

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)