

Aus dem Fachbereich Humanmedizin
Fachrichtung Frauenheilkunde, Geburtshilfe und Reproduktionsmedizin
der Universität des Saarlandes, Homburg

Ermittlung der Patientenzufriedenheit in einer
modernen Universitätsfrauenklinik -
Implikationen für das Qualitätsmanagement?

Dissertation
zur Erlangung des Grades eines
Doktors der Medizin
an der medizinischen Fakultät
der Universität des Saarlandes

2009

vorgelegt von
Frank-Peter Hirschelmann
geboren am 10.01.1975 in Saarbrücken

Tag der Promotion:

Dekan:

Berichterstatter:

Inhaltsverzeichnis

1.	Zusammenfassung/Abstract	1
2.	Einleitung	7
2.1.	Ziel der vorliegenden Arbeit	7
2.2.	Patientenzufriedenheit	8
2.2.1.	Definition von Patientenzufriedenheit	8
2.2.2.	Qualitätsbeurteilung einer medizinischen Behandlung	12
2.2.3.	Erwartungen des Patienten	15
2.2.4.	Einflussfaktoren auf die Patientenzufriedenheit	18
2.3.	Historische Aspekte zur Messung der Patientenzufriedenheit	18
2.4.	Gesundheitliche und soziologische Aspekte der Patientenzufriedenheit ...	20
2.5.	Wirtschaftliche Bedeutung der Patientenzufriedenheit	21
2.6.	Fragebogen als Messinstrument der Patientenzufriedenheit	23
3.	Material und Methoden	27
3.1.	Konstruktion des Fragebogens	27
3.2.	Durchführung der Erhebung	36
3.3.	Ein- und Ausschlusskriterien	36
3.4.	Rücklauf der Fragebögen, auswertbarer Datenpool	37
3.5.	Statistische Methoden	38
4.	Ergebnisse	39
4.1.	Soziodemographische Charakterisierung	39
4.2.	Häufigkeit und Bewertung früherer Krankenhausaufenthalte in der Frauenklinik und anderer Homburger Universitätskliniken	45
4.3.	Charakterisierung des aktuellen Aufenthaltes in der Frauenklinik sowie Kriterien für die Klinikauswahl durch die Patientin	52
4.4.	Bewertung der Aufnahmeprozedur und der Ambulanz der Klinik	57
4.5.	Zufriedenheit mit Krankheitsaufklärung, Behandlung, Visite und einzel- nen medizinischen Berufsgruppen	62
4.6.	Zufriedenheit mit Operation, Chemotherapie und Aufklärung über krank- heitsbezogene Themen	68
4.7.	Zufriedenheit der Patientinnen mit der seelischen und menschlichen Betreuung durch verschiedene Berufsgruppen	72
4.8.	Bewertung des stationären Alltags und Ablaufes: die Einrichtung zusätz- licher Leistungen, des Zimmers mit Sanitärbereich, Hilfe bei verschie- denen Verrichtungen, die Verpflegung, der Krankentransport, die Besuchszeiten und der Entlassungszeitpunkt	77
4.9.	Weiterempfehlung der Klinik, Aspekte des Klinikaufenthaltes sowie abschließende Gesamtbewertung	82
4.10.	Einfluss soziodemographischer Faktoren auf die Gesamtzufriedenheit der Patientinnen mit ihrem Aufenthalt in der Frauenklinik	85

5.	Diskussion	90
5.1.	Vergleich der Ergebnisse der eigenen Studie mit der Literatur	90
5.1.1.	Soziobiologische Daten	90
5.1.2.	Sozioökonomische Daten	91
5.2.	Zufriedenheit mit früherem Klinikaufenthalt	93
5.3.	Ursache des aktuellen Klinikaufenthaltes und Gründe für die Klinikwahl	94
5.4.	Bedeutung der bürokratischen Aspekte des Klinikaufenthaltes und der Funktionsbereiche	96
5.5.	Beurteilung der ärztlichen und pflegerischen Behandlungsqualität	99
5.6.	Beurteilung von Operationen und Chemotherapie	104
5.7.	Menschliche und seelische Betreuung	106
5.8.	Medizinische Betreuung	109
5.9.	Organisatorische Qualität und Hotelleistungen	110
5.10.	Verpflegung	113
5.11.	Gesamtzufriedenheit	115
5.12.	Fazit	120
6.	Literaturverzeichnis	123
	Anhang I: Text des Anschreibens	129
	Anhang II: Inhalt des Erhebungsbogens	130

1. Zusammenfassung/Abstract

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurden 196 Patientinnen der Universitätsfrauenklinik Homburg/Saar mit einem Durchschnittsalter von 46,4 Jahren bezüglich ihres Klinikaufenthaltes befragt. 43% dieser Frauen waren bereits zu einem früheren Zeitpunkt in der Klinik gewesen. Die damalige Zufriedenheit betrug nach dem Schulnotensystem von 1 bis 6 Punkten im Mittel 1,8 Punkte. 46,3% der befragten Patientinnen waren sehr zufrieden, 32,5% gut zufrieden, 15% zufrieden und 1,3% mäßig zufrieden gewesen. In anderen Kliniken der Universität Homburg waren bereits 36,1% der Befragten früher gewesen, wobei die damalige mittlere Zufriedenheit 2,6 Punkte betrug. Die Universitätsfrauenklinik wurde signifikant positiver als die anderen Kliniken des Campus bewertet. Die meisten Frauen (55,6%) wählten die Universitätsfrauenklinik Homburg wegen der fachlichen Qualifikation des Personals, 40,3% weil sie die Klinik vom niedergelassenen Facharzt empfohlen bekamen. Andere Auswahlkriterien waren weniger wichtig. Auch in Studien anderer Autoren ist die Fachkompetenz der Ärzte das wesentlichste Entscheidungskriterium der Patientinnen.

Die Patientinnen der eigenen Studie beurteilten die Aufnahme-prozedur, die Ambulanz und die Kompetenz von Pförtner, Anmeldepersonal und Verwaltung durchweg als gut bis sehr gut. Auch das Pflegepersonal auf der Station wurde während der Aufnahme-prozedur als kompetent eingestuft. Die Wartezeit auf den Arzt wurde etwas schlechter beurteilt als die entsprechende Erwartung hierfür (2,9 Punkte vs. 1,8 Punkte). Die Erwartung bezüglich Zeit und Zuwendung des Arztes bei der Aufnahmeuntersuchung lag bei 1,2 Punkten, die tatsächliche Zufriedenheit bei der Untersuchung bei 1,7 Punkten. Die Bedeutung der Krankheitsaufklärung zur Therapie wurde mit 1,0 Punkten von den Patientinnen als sehr wichtig beurteilt. Die Patientinnen waren mit den Bemühungen des Pflegepersonals (1,8 Punkte) und der Ärzte (1,6 Punkte) sehr zufrieden. Auch die individuelle Schmerzmittelanwendung schnitt mit 1,8 Punkten sehr gut ab. Die Anzahl der ärztlichen Visite wurde mit 1,7 Punkten und deren Dauer mit 2,0 Punkten bewertet. Die Beantwortung von Fragen sowie die Möglichkeit der Patientinnen, Fragen zu stellen, wurde mit jeweils 1,8 Punkten bewertet. Die ärztliche Behandlung wurde konstant mit sehr gut bis gut

beurteilt (Mittelwert 1,5 Punkte). Die menschliche und seelische Betreuung durch die Ärzte bekam 2,0 Punkte. Die Erwartungen der Patientinnen an die Ärzte wurde also durchweg erfüllt.

Bei einer durchgeführten Operation erhielten die Bemühungen des Pflegepersonals 1,7 Punkte und jene der Ärzte 1,5 Punkte. Die Anwendung von Schmerzmitteln war für die Patientinnen ebenfalls sehr positiv (1,6 Punkte). Auch die Situation im Wachzimmer (1,5 Punkte) fiel zur großen Zufriedenheit aus. Diskretion und Abgrenzung zu anderen Patientinnen war ebenfalls gewährleistet (1,7 Punkte). Die Betreuung der Patientinnen durch die Stationsärzte und das Pflegepersonal erhielten jeweils 1,8 bzw. 1,9 Punkte, jene durch die Oberärzte und durch den Chefarzt 1,9 bzw. 2,5 Punkte. Für 59,5% der befragten Frauen war die seelische und menschliche Betreuung sehr wichtig.

Die medizinische Betreuung empfanden die Patientinnen als sehr gut (1,5 Punkte). 61,4% benoteten sie als sehr gut, 31,8% mit gut. Sie wurde als signifikant wichtiger (1,0 Punkte) bewertet als die menschliche Betreuung (1,3 Punkte). 92,3% der Frauen beurteilten die medizinische Betreuung als sehr wichtig und 6,1% als wichtig. In diesem Bereich wurden die Erwartungen der Patientinnen zum großen Teil erfüllt. Auch mit den organisatorischen und sonstigen Aspekten des Stationsalltages waren die Patientinnen sehr zufrieden bis gut zufrieden.

Bezüglich der Hotelleistungen hatten die Patientinnen eine relativ hohe Erwartungshaltung hinsichtlich der Zimmerausstattung, die jedoch erfüllt wurde. Die Wichtigkeit der Essensqualität wurde mit 1,8 Punkten benotet, die tatsächliche Essensqualität schnitt aber schlechter ab: Portionsgröße (1,9 Punkte), Darreichungsform (2,2 Punkte), Menüauswahl (2,4 Punkte), geschmackliche Zubereitung (2,6 Punkte). Dies zeigt einen deutlichen Unterschied der Patientinnenerwartung gegenüber der tatsächlichen Essensqualität.

Die Frage, ob die Patientinnen die Universitätsfrauenklinik Homburg/Saar weiterempfehlen würden, beantworteten die Frauen unterschiedlich. Die Ambulanz wurde mit 1,6 Punkten beurteilt, die Station selbst mit 1,5 Punkten. Die Frauenklinik generell erhielt einen mittleren Punktwert von 1,4. Im Vergleich dazu wurden die

anderen Fachabteilungen auf dem Klinikgelände im Mittel mit 2,1 Punkten bewertet. Dies zeigt das sehr gute Abschneiden der Universitätsfrauenklinik im Vergleich zu anderen Kliniken. Auch im Vergleich zu den Studien anderer Autoren sind dies sehr gute Werte. Die Patientinnen waren überwiegend mit sämtlichen Teilbereichen ihres Klinikaufenthaltes sehr zufrieden oder gut zufrieden. Die Aufnahmeuntersuchung wurde im Durchschnitt mit 1,5 Punkten benotet, die Aufklärung über die Operation mit 1,4 Punkten, jene über nicht-operative Behandlungen mit 1,9 Punkten, jene über die Chemotherapie erhielt 1,4 Punkte sowie jene über die Strahlentherapie 1,7 Punkte.

Die ärztliche Untersuchung wurde mit 1,5 Punkten bewertet, die postoperative Betreuung mit 1,6 Punkten, die Entlassungsuntersuchung mit 1,7 Punkten. 45,7% der befragten Patientinnen waren insgesamt sehr zufrieden mit der Klinik, 40,9% waren gut zufrieden, 9,1% waren befriedigend zufrieden und 3,2% waren mäßig sowie 0,5% waren unzufrieden oder vollkommen unzufrieden. Eine signifikante Beeinflussung der Gesamtzufriedenheit bezogen auf den Wohnort der Befragten, ihren Versicherungsstatus, Familienstand oder Beruf zeigte sich nicht. Bezüglich des Schulabschlusses zeigte sich, wie auch in anderen Studien, eine Tendenz dahingehend, dass besser ausgebildete Patientinnen kritischer urteilten. Im Literaturvergleich schnitt die Universitätsfrauenklinik Homburg/Saar sehr gut ab. Weiterhin zeigte sich, dass die eigene Befragungsstudie wesentlich genauer und deutlich mehr Parameter abgefragt hatte als andere Vergleichsstudien und demzufolge eine Validität besitzen dürfte.

Abstract

This investigation included 196 female patients (mean age 46.4 years) from the university clinic of obstetrics, gynecology and reproductive medicine Homburg/Saar being interviewed about their hospital stay. Forty-three percent of the patients had visited this clinic before. The following results are based on a scale from 1 to 6, whereas 1 is best and 6 is worst. The mean score of satisfaction during that former visit was 1.8 points. The patients' current satisfaction was deeply contented in 46.3%, good satisfied in 32.5%, satisfied in 15% and moderately satisfied in 1.3% of the cases. Of the patients interviewed 36.1% had a former hospital stay in other

university clinics of Homburg with a mean satisfaction score of 2.6 points. The university clinic of obstetrics, gynecology and reproductive medicine showed a significantly positive assessment compared to other clinics of the campus. Most women chose the clinic of obstetrics because of the the medical competence of the staff (55.6%) or because of a recommendation of an out-clinical medical specialist (40.3%). Other criteria were less important. Even in studies of other authors the medical competence of physicians is the main component for the decision of the patient.

The patients in our study assessed the procedure of admittance, the outpatients' department, the qualification of the custodian, the registration personal and the administration consistently to be good or very good. Also the nursing staff of the ward was assessed to be competent during the registration procedure. The waiting time for the physicians arrival was assessed a little bit more negative than the corresponding expectation (2.9 vs. 1.8 points). The expectation concerning time frame and devotion of the physician at patients' registration was scored with 1.2 points while the satisfaction with the examinations showed a score of 1.7 points. The importance of medical information was very high (1.0 points). The patients were satisfied with the efforts of physicians (1.6 points) and the medical staff (1.8 points). The application of analgetics also showed a very good score of satisfaction (1.8 points). The amount (1.7 points) and the duration (2.0 points) of physicians rounds was also assessed positively. The chance to ask questions and get answers was assessed with 1.8 points each. Medical treatment was assessed with a mean score of 1.5 points. The human and emotional support showed 2.0 points. One can conclude, that the patients expectations on physicians had been consistently fulfilled.

Patients who underwent a surgical procedure graded the efforts of the medical staff and physicians with 1.7 and 1.5 points respectively. The administration of analgetics was also graded in a positiv manner (1.6 points) as well as the quality of the situation in the surgical section of the clinic (1.5 points). Discretion and separation from other patients was also insured (1.7 points). The support of patients by ward physicians and the nursing staff was ranked with 1.8 and 1.9 points respectively, while those of assistant medical directors and the chief medical director was ranked

with 1.9 and 2.5 points respectively. Most women (59.5%) found human and emotional support to be very important. Medical care was graded to be excellent (1.5 points), 61.4% of the patients ranked this item as very good and 31.8% as good. Medical care was significantly more important than human support (1.0 points vs. 1.3 points). 92.3% of the female patients graded medical care to be very important and 6.1% thought it to be important. In this area most expectations of the patients were fulfilled as far as possible. Additionally, patients were very much satisfied or satisfied with organisational and miscellaneous daily life aspects of the ward.

In view of the hotel services patients had relatively high expectations of the furnishing of the rooms which were fulfilled. The expectations on food quality (1.8 points) were high but the really assessed quality of food was lower (portion of food 1.9 points; presentation 2.2 points; particular choice of menus 2.4 points; tastefulness 2.6 points). This illustrates the difference between patients expectations and real quality of food.

When the patients were asked, whether they would recommend the university clinic to other patients, they answered in a different manner. The outpatient clinic was graded with 1.6 points, the ward itself with 1.5 points. The clinic of obstetrics, gynecology and reproductive medicine Homburg/Saar in general was assessed with 1.4 points. In comparison to this clinic, other medical competent departments on the campus showed a mean grading of 2.1 points. This illustrates the positive evaluation of our clinic in comparison to others. In comparison to studies published by other authors our clinic also showed very good results. All patients seemed to be very much satisfied or much satisfied with most parts of their hospital stay (admittance investigation 1.5 points; information about surgical procedures 1.4 points and non-surgical treatments 1.9 points; chemotherapeutic treatment 1.4 points; radiation therapy 1.7 points; medical examination 1.5 points; post-surgical care 1.6 points; investigation at discharge from the clinic 1.7 points). A total of 45.7% of the patients had been very much satisfied with the hospital stay (40.9% much satisfied; 9.1% moderately satisfied; 3.2% less satisfied; 0.5% unsatisfied or totally unsatisfied). The total satisfaction increased with the age of the patients. This satis-

faction was not influenced by place of residence (village, city), status of insurance, family status or profession of the patients. In terms of educational background a tendency towards a more critical estimation was found in patients with a higher educational level. Compared to literature the clinic of obstetrics, gynecology and reproductive medicine Homburg/Saar showed a very positive result. It was also shown that this study possesses a high validity, because it used parameters which are more precise compared to other investigations.

2. Einleitung

2.1. Ziel der vorliegenden Arbeit

Mehr als 2.300 deutsche Krankenhäuser mit stationärer Versorgung stellen einen enormen Wirtschaftsfaktor dar. Über 1 Mio. Beschäftigte, davon fast die Hälfte Pflegepersonal, und rund 120.000 Ärzte versorgen jährlich etwa 14 Mio. Patienten in der Bundesrepublik Deutschland. Die Kliniken beanspruchen den überwiegenden Teil der Krankenkassenausgaben (Test 1995).

Für jedes einzelne Krankenhaus tritt neben das Ziel der Kostenminimierung gleichrangig der Erhalt einer möglichst hohen Versorgungsqualität, um mit anderen Krankenhäusern konkurrieren zu können. Diese Versorgungsqualität orientiert sich zum einen an den Ergebnissen der medizinischen Behandlung, zum anderen an der Zufriedenheit der Patienten mit dem Dienstleistungsbetrieb Krankenhaus, der neben der medizinischen Versorgung auch eine persönliche Betreuung beinhaltet (Test 1995).

Die Rolle des Patienten veränderte sich in den letzten Jahren vom wörtlich übersetzt „Geduldigen“ hin zum zunehmend kritischen Beziehungspartner im Hinblick auf ärztliche Diagnosen, Therapieoptionen und Pflegemaßnahmen. Der moderne Patient wünscht eine umfassende Beratung und Information, um über Therapiemaßnahmen und pflegerische Versorgung mitentscheiden zu können. Ziel dieser Arbeit ist es, erste Schritte zur Entwicklung eines Messinstrumentes zu liefern, das die Zufriedenheit der Patienten mit den vielen Aspekten der stationären Behandlung erfasst. Das Instrument soll differenzierte Rückmeldung über die Erwartungen und Bedürfnisse der Patienten liefern und aufdecken, wo aus Patientensicht noch Handlungsbedarf besteht. Dabei werden keine Aussagen über Individuen getroffen, sondern die Erkenntnisse über eine ganze Stichprobe hinsichtlich eines Merkmales (Zufriedenheit) gewonnen.

Bestimmte Aspekte wie die soziale Schichtzugehörigkeit, Alter, Versichertenstatus und Wünsche der Patienten werden in Hinblick auf die Patientenzufriedenheitsmessung beleuchtet. Anhand der Ergebnisauswertung werden Stärken und

Schwächen der stationären Versorgung eruiert, um zu einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess zu gelangen.

Ähnliche Patientenzufriedenheitsmessungen wurden in geburtshilflichen Abteilungen durchgeführt (Riegl 1996). Basierend auf derartigen Untersuchungen wurde ein eigener Patientenzufriedenheitsfragebogen entwickelt.

Verschiedene Aspekte der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität werden differenziert erfasst, um anhand der Daten zwischen einzelnen Stationen, Berufsgruppen und Krankheitsbildern Unterschiede herausarbeiten zu können. Um eine künstlich erhöhte Zufriedenheit durch sozial erwünschte Antworten aufzudecken, werden differenzierte Fragen allgemein gehaltenen Fragen gegenübergestellt. Es wurde versucht, aus Patientensicht relevante Aspekte aufzugreifen, um nicht "an den Patienten vorbei" zu fragen.

Parallel erschien es sinnvoll, die Einschätzung der Klinikmitarbeiter zur Patientenzufriedenheit zu untersuchen, um Interpretationshilfen für die Ergebnisse der Patientenzufriedenheitsbefragung zu bekommen und Konfliktpunkte deutlicher aufzudecken. Dies scheiterte allerdings am schlechten Rücklauf und der damit nicht repräsentativen Stichprobe der Mitarbeiterbefragung.

Die Erfassung der Patientenzufriedenheit als Messinstrument der Versorgungsqualität stellt deshalb eine besondere Herausforderung dar.

Was ist jedoch genau unter dem Begriff „Patientenzufriedenheit“ zu verstehen?

2.2. Patientenzufriedenheit

2.2.1. Definition von Patientenzufriedenheit

Die menschliche Zufriedenheit ist ein komplexes Konstrukt, das von zahlreichen Faktoren wie Lifestyle, eigenen Erfahrungen, zukünftigen Erwartungen sowie Werten des Individuums als auch der gesamten Gesellschaft beeinflusst wird (Carr-Hill 1992).

Eine einheitliche Definition des Begriffes Patientenzufriedenheit lässt sich in der Literatur nicht finden. Manche Definitionen betonen das subjektive Erleben, manche den Aspekt der Bewertung bzw. die Einstellung zu einer Therapie.

Rentrop et al. (1999) weisen darauf hin, dass Patientenzufriedenheit ein "relatives Maß aus Erwartungen an eine Behandlung und tatsächlich erfahrener Behandlung" darstellt.

Die Bedeutung zwischenmenschlicher Gesichtspunkte betonen Panchaud und Guillaïn (1999) in ihrer Definition von Patientenzufriedenheit: "Des Patienten eigene Beurteilung (objektiv und subjektiv) aller Aspekte einer medizinischen Versorgung beinhalten auch die zwischenmenschlichen Gesichtspunkte einer Behandlung und deren organisatorischer Ablauf".

Zetkin und Schaldach (1999) definieren die Patientenzufriedenheit als einen Begriff "zur Kennzeichnung der sozialen Qualität der medizinischen Betreuung". Sie hängt nicht unwesentlich von der Fähigkeit des Arztes ab, mit dem Patient zu kommunizieren, ihn insbesondere über die Entstehung und den Verlauf seiner Krankheit zu unterrichten und ihn in die Therapie mit einzubeziehen. Ebenso betont er den engen Zusammenhang zwischen Patientenzufriedenheit und den Begriffen Compliance und Akzeptanz. Homburg und Rudolph (1995) erklären Kundenzufriedenheit als einen "kognitiven Soll-Ist-Vergleichsprozess, der zu einer Bestätigung oder Nichtbestätigung führt. Als direkte emotionale Reaktion auf diesen (Nicht-)Bestätigungsprozess resultiert Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit. Der Prozess der Bestätigung bzw. Nichtbestätigung ist somit die zentrale Schnittstelle zwischen der Soll- und der Ist-Leistung sowie der (Un-)Zufriedenheit".

Das übergeordnete Konstrukt Zufriedenheit wird von Ipsen (1978) definiert als positive oder negative "Bewertung von Situationen, Personen, Sachen, allgemein von Objekten".

Patientenzufriedenheit entsteht durch die Summe inhaltlich verschiedener und unterschiedlich gewichteter Einzelaspekte der medizinischen Behandlung und Betreuung.

Hall (1988a/b) hat in einer Metaanalyse insgesamt 12 Dimensionen der Patientenzufriedenheit identifiziert. Nach ihrer Häufigkeit der Wichtigkeit (1 = wichtigstes Item nach 12 = unwichtigstes Item) geordnet sind dies:

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

Davies und Ware (1988) zeigten, dass Patienten besonders die Aspekte der Versorgung und der Rahmenbedingungen wie Kosten und Annehmlichkeiten beurteilen.

Bei der Picker-Befragung (Ruprecht 2001) stellten sich folgende Qualitätsdimensionen heraus: Zugang zur Versorgung, Rücksicht auf individuelle Bedürfnisse und Werte, Koordination der Versorgung, Information und Aufklärung, leibliches Wohl, Service und Komfort, Zuwendung und emotionale Unterstützung, Einbezug von Familie und Angehörigen. Anhand der veränderten Dimensionen im Vergleich der Jahre 1988 und 2001, deren Untersuchung mit dem gleichen Fragebogen erfolgte, zeigte sich, dass ein inhaltlicher Wechsel der Dimensionen erfolgt ist. In den letzten Jahren nehmen Themen wie persönlicher Umgang und individuelle Betreuung an Bedeutung zu.

Interessant ist der Punkt der Beschwerdebearbeitung. Aus aktuellen Zahlen geht hervor, dass 60% der Beschwerdeführer im Krankenhaus mit der Reaktion auf ihre Beschwerde nicht zufrieden sind. Nach Sobhani und Kersting (2003) wird die Zufriedenheit mit den Leistungen im Krankenhaus nur von Post, Bahn und Versicherungen unterboten. Bezogen auf die wirtschaftlichen Transaktionen ist "die

Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit die emotionale Reaktion eines Kunden auf eine unternehmerische Leistung" (Scharnbacher und Kiefer 1996).

Leimkühler (1995) beschreibt die Patientenzufriedenheit bzw. Unzufriedenheit als ein Differenzmaß zwischen einem Soll- und Ist-Zustand. Der Patient vergleicht seine aktuellen Erfahrungen während des stationären Aufenthaltes mit den eigenen Erwartungen und Bedürfnissen. Um ein bestimmtes Zufriedenheitsstadium zu erlangen, findet ein Vergleich zwischen konkreten Erwartungen, Vorerfahrungen, Bedürfnissen und Einstellungen mit der konkreten Wahrnehmung der Ist-Situation statt.

Dies deckt sich mit dem im Confirmation/Disconfirmation Paradigma aufgestellten Modell, wonach ein Ist-Soll-Vergleich zwischen den vorhandenen Gegebenheiten und den Wünschen und Bedürfnissen des Individuums stattfindet. Deren Vertreter gehen von der Annahme aus, dass Zufriedenheit oder Unzufriedenheit die Folge einer wahrgenommen Diskrepanz zwischen erwarteter und erlebter Leistung darstellt. In einem "automatisch ablaufendem Prozess" werden die Ist-Leistung mit der Soll-Leistung verglichen. Entspricht die eingetretene Leistung der erwarteten Leistung, kann von einer Befriedigung des Bedürfnisses und von einer Bestätigung der Erwartung (confirmation) ausgegangen werden (Meyer und Dornach 1996). Wenn die Erwartungen mit der erlebten Leistung nicht übereinstimmen, dann muss eine Nichtbestätigung (disconfirmation) angenommen werden.

Patientenzufriedenheit kann also nicht direkt als Indikator für gute medizinische Betreuung und Behandlung betrachtet werden (Brook 1992, Donabedian 1992, Groupy und Ruhlmann 1991, Leimkühler und Müller 1996). Trotz objektiv mäßigen Heilungsverlaufs kann eine große Zufriedenheit entstehen, wenn das subjektive Erleben der Behandlung und Betreuung für den Patienten stimmig war, und trotz objektiv guten Heilungserfolgs können Patienten unzufrieden sein.

2.2.2. Qualitätsbeurteilung einer medizinischen Behandlung

Qualitätsbeurteilung und -kontrolle sind Schlüsselbegriffe in der gesundheitspolitischen Diskussion über medizinische Systeme und Entscheidungen hinsichtlich der zukünftigen medizinischen Versorgung. Zwei wesentliche Faktoren werden in dieser Diskussion immer wieder angesprochen: zum einen die Ökonomisierung der Medizin, also die Notwendigkeit des sparsamen Einsatzes von Ressourcen, zum anderen die sogenannte evidenz-basierte Medizin, das heißt, dass diagnostische und therapeutische Maßnahmen auf wissenschaftlicher Basis und nicht auf Autorität und Tradition beruhen müssen (Bitzer 2001).

"Das Ergebnis der medizinischen Behandlung stellt die eindeutige Bezugsbasis für eine Qualitätsbeurteilung dar" (Kaltenbach 1993). Wie bereits oben unter der Definition der Patientenzufriedenheit dargelegt, ist jedoch das primäre Ziel, gesund das Krankenhaus zu verlassen, für die Beurteilung der Qualität nicht alleine entscheidend.

Kundenorientierte Qualität ist nur subjektiv messbar und unterliegt der kognitiven Bewertung durch den Kunden. Qualität ist abhängig von der auf das Produkt bezogenen und präzise messbaren produktorientierten Qualität, von der auf den Prozess bezogenen, nicht präzise messbaren prozessorientierten Qualität und der vom Nutzwert des Kunden und subjektiven Kriterien abhängigen, nicht messbaren Gebrauchsqualität. Daher ist zur Beurteilung der Qualität nicht nur die erbrachte Leistung und die Art ihrer Erbringung miteinzubeziehen, sondern auch die Beziehung mit dem Kunden und dessen Erwartungen (Stauss und Seidel 1995).

Für die WHO besteht die Qualität in der medizinischen Versorgung nicht mehr nur in der unspezifischen Verbesserung des Gesundheitszustandes (Schwartz und Perleth 1997), sondern auch im effizienten Ressourceneinsatz, im minimierten Risiko für Patienten und in einer hohen Patientenzufriedenheit (Viethen et al. 1998). Laut Viethen et al. (1998) wird die Qualität eines Krankenhauses vor allem bestimmt durch die unmittelbare medizinisch-therapeutische und pflegerische Leistung, den Serviceleistungen wie Freundlichkeit, Verpflegung und Versorgung, dem

medizinischen Erfolg als Summe der Teilkomponenten medizinischen Handelns und der Gesamtzufriedenheit des Patienten.

Die Leistungsbereitschaft des Krankenhauses lässt sich in zwei Dimensionen einteilen: die medizinische Versorgung und die Dienstleistungsqualität (Bähr und van Ackern 1999).

Tab.1: Leistungsmerkmale im Krankenhaus (Bähr und van Ackern 1999)		
Leistungsmerkmal	Versorgungsqualität	Dienstleistungsqualität
ärztliches Personal	medizinisches Fachwissen und Können	Herstellung einer Vertrauensbasis
Pflegepersonal	professionelle fachliche Schulung	Sensibilisierung für menschliche Probleme
therapeutische Verfahren	indikationsgerechter Einsatz	patientenverständliche Erklärung
Unterbringung	Funktionalität und gute Infrastruktur	Atmosphäre und Komfort

Schlüchtermann (1996) schlägt mehrere Maßnahmen zur Umsetzung des Total Quality-Management (TQM)-Gedanken im Krankenhaus vor:

1. Patientenbefragung zur Erforschung des Patientenwunsches, des Informationsbedürfnisses als Broschüre sowie der Patienteninformation zur besseren Patientenorientierung.
2. Schwachstellenanalyse zur Prozessorientierung (z.B. Wartezeiten).
3. Festlegung von Eckpunkten und Zielen, die erreicht werden sollen sowie Testung derselben mittels Referenzpunkten (Benchmarking; z.B. vorher-nachher-Vergleich) und Vorschlagswesen zur kontinuierlichen Verbesserung.
4. Unternehmensphilosophie und Mitarbeiterschulung zur Institutionalisierung.

Eine etwas anders gewichtete Einteilung der Qualitätsdimensionen und deren Erfassung haben Simon und Homburg (1995) beschrieben. Sie halten im Krankenhaus eine Unterteilung in technische Dimensionen, auch als "tech-Quality" bezeichnet, und der Serviceseite (Dienstleistungen), auch als "touch-Quality" bezeichnet, für sinnvoll.

Bezugnehmend auf die "tech-Dimension" und "touch-Dimension" trifft Schlüchtermann (1996) folgende Einteilung, die in Tabelle 2 dargestellt ist.

Tab.2: Tech-Dimension und Touch-Dimension nach Schlüchtermann (1996)		
	Tech-Dimension (was)	Touch-Dimension (wie)
Potentialqualität (erwartete Qualität)	Gebäudeausstattung, technische Geräte, Ausbildung, Zertifikate	Bekanntheit, Referenzen, Image
Prozessqualität (erfahrene Qualität)	Leistungsablauf, Termingestaltung, Wartezeiten	Klima und Atmosphäre, Verhalten des Personals, Rücksichtnahme
Ergebnisqualität (erhaltene Qualität)	Nachhaltigkeit der Therapie, Veränderung des Gesundheitszustandes	kommunikative Nachbetreuung, Erklärung der Leistung, Beschwerdeverhalten

Angelehnt an diese Einteilung beschrieb Donabedian (1992) folgende methodischen Aspekte der Qualitätsmessung und -sicherung:

- Strukturqualität. Elemente der Strukturqualität sind Voraussetzungen, die zum Erbringen von Leistungen notwendig sind. Hierunter versteht man die Beschreibung von Rahmenbedingungen, die im Einzelfall für die medizinische Versorgung gegeben sind z.B. Ausbildungsstand der Ärzte, personelle Ressourcen, finanzielle Gegebenheiten und technisch-appartive Ausstattung.
- Prozessqualität: Sie beschreibt Eigenschaften aller medizinischen z.B. ärztlichen und pflegerischen Tätigkeiten, welche zwischen Personal und Patient ablaufen. Dies beinhaltet zum Beispiel das sachgerechte Durchführen von Diagnostik und Therapie.
- Ergebnisqualität: Hierunter versteht man das "Outcome" und Beschreibung der Veränderung des Gesundheitszustandes des Patienten aufgrund ärztlichen Handelns. Dazu zählen auch medizinische Parameter (z.B. Zeit ohne Rückfall, Dauer der Beschwerdefreiheit), Bewusstseins- und Verhaltensänderungen.

Der Vorteil der von Donabedian (1992) und Schlüchtermann (1996) unterteilten Qualitätsmerkmale ist unter anderem, dass sie mit unterschiedlichen Zuständigkeiten für die Qualität verbunden sind.

Für die Strukturqualität sind vorwiegend Krankenhausträger und -verwaltung zuständig. Für die Prozessqualität sind alle zuständig, die direkt oder indirekt am Versorgungsprozess der Patienten beteiligt sind, das heißt ärztliches und pflegerisches Personal und administrative Mitarbeiter. Die Ergebnisqualität wird in aller erster Linie vom Patienten selbst beurteilt.

Das Total Quality Management im Krankenhaus muss als zukunftsorientierter Weg betrachtet werden, der neben den Bedürfnissen der Patienten und deren Genesung auch die Aspekte der Gesundheitspolitik unter Kosten-Nutzen-Betrachtungen berücksichtigt.

2.2.3. Erwartungen des Patienten

Die Erwartungen der Patienten sind die Messlatte für die Bewertung ihrer Zufriedenheit. Demzufolge ist die Erfassung der Patientenerwartungen ein fester Bestandteil der exakten Messung der Patientenzufriedenheit.

Werden die Komponenten der Soll- und Ist-Leistung verglichen, sind drei Reaktionen möglich. Entspricht die Realleistung dem Vergleichsstandard, resultiert eine emotional-neutrale Reaktion. Zufriedenheit entsteht durch eine positive Bestätigung, Unzufriedenheit resultiert aus einer negativen Bestätigung.

Laut Gierl und Höser (1992) resultiert "aus der gefühlsmäßigen Bewertung einer überraschend großen positiven bzw. negativen Differenz Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit". So beschreiben Zufriedenheit oder Unzufriedenheit das Ausmaß der Abweichung von der erwarteten Leistung in positiver oder negativer Richtung.

Hofstätter (1986) postuliert in seinem Zufriedenheitsmodell, dass die erhaltene Leistung bewertet und mit den Erwartungen verglichen wird. Daraus resultiert eine persönliche Differenz. Fällt die Bewertung positiver als die Erwartungen aus, so stellt sich eine große Zufriedenheit ein.

Der Frage, ob nicht unzufriedene Patienten mit zufriedenen Patienten gleichzusetzen sind, versucht Herzberg (1968) in seinem Zufriedenheitsmodell zu klären. Er definiert Hygiene- und Motivationsfaktoren, die Zufriedenheit oder Unzufriedenheit entsprechend ihres Auftretens erzeugen. Hygienefaktoren sind "als normal vorausgesetzte" Leistungsbestandteile, die notwendig für die Zufriedenheit der Kunden sind, indem sie Unzufriedenheit verhindern, aber selbst noch keine Zufriedenheit herstellen. So werden Krankenhausleistungen wie eine Operation, Visite oder Wundversorgung noch keine Zufriedenheit auslösen, da sie selbstverständlich sind. Ihr Nichtvorhandensein allerdings wird große Unzufriedenheit erzeugen (Gierl und Höser 1992).

Nach Herzberg (1968) sind für die Zufriedenheit Zusatzleistungen (Motivationsfaktoren) nötig. Motivationsfaktoren können Leistungen sein, die über den Standard hinausgehen und eine Steigerung des Wohlbefindens hervorrufen. Dies kann z.B. die Errichtung einer Mammakarzinom-Sportgruppe zur Nachbetreuung operierter Patientinnen sein. Ein Fehlen dieser Motivationsfaktoren in anderen Krankenhäusern führt dort nicht zwangsläufig zur Unzufriedenheit. Die Gesamtzufriedenheit stellt sich ein, wenn zur Kernleistung (Hygienefaktoren) noch Servicekomponenten und Zusatzleistungen (Motivationsfaktoren) hinzukommen.

Die Ausstattung des Operationssaales mit einem modernen Equipment wird keinen Patienten überraschen. Doch würde das Fehlen dieser Geräte eine unprofessionelle Arbeitsweise vermitteln und somit Unzufriedenheit erzeugen können. Diese erwartete technische Komponente ist schwer einzuschätzen und einzugrenzen. Die Dienstleistungen hingegen, wie Freundlichkeit der Schwestern und Ärzte, sind relevante Beurteilungskriterien für die Zufriedenheit. Daher erscheint es sinnvoll, die Gesamtzufriedenheit hinsichtlich dieser Faktoren genauer zu überprüfen.

Die alleinige Erstellung eines Patientenzufriedenheitsprofils mit der Frage, wie zufrieden sind die Patienten mit den Ärzten, den Pflegekräften, der Ausstattung und den Zusatzangeboten ergibt noch keine konkrete Handlungsmöglichkeit. Konkrete Verbesserungsmöglichkeiten ergeben sich erst aus der Klärung der Frage, womit die Patienten bei den beurteilten Merkmalen global zufrieden oder unzufrieden sind.

Unzufriedenheit tritt bei mangelnder Kernleistung auf, Zufriedenheit nur bei Erfüllung der Kernleistung in Kombination mit Zusatzleistungen, welche die Erwartungshaltung übertreffen.

Die medizinische Dienstleistung umfasst die Kompetenz der Ärzte, die für die Patienten zur Verfügung stehende Zeit, die Pflegequalität und die Heilungschancen. Eine Qualitätsprüfung ist anhand objektiver Kriterien schwer möglich. Im Krankenhaus vermitteln Schlüsselindikatoren wie beobachtbare materielle Elemente einen ersten ausschlaggebenden Eindruck. So erzeugen beobachtbare Fakten wie Sauberkeit der Stationen und Einrichtung der Behandlungsräume mit modernen Geräten Kausalschlüsse auf die Gesamtleistung. Für das Potential des Dienstleisters "Krankenhaus" sind die Ausstattung mit medizinisch-technischen Geräten auf der einen Seite und die Struktur des Personals, die Qualifikation der ärztlichen Mitarbeiter und die Arbeitsverteilung auf den Stationen auf der anderen Seite verantwortlich.

Nach Reibnitz und Güntert (1996) sind die ärztliche Betreuung (Informationsverhalten, soziale Kompetenz und fachliche Kompetenz) und die pflegerische Betreuung (insbesondere soziale Kompetenz) sowie Gesamtbetreuung (postoperative Betreuung und Krankheitsbegleitung, Wohlbefinden auf der Station, organisatorische Betreuung) eng mit dem Begriff der Zufriedenheit verbunden und weisen eine höhere Priorität auf als die Unterbringung und Hotelleistung. Auch nach Zinn und Schena (2000) spielt die ärztliche Versorgung eindeutig die wichtigste Rolle, dicht gefolgt von der pflegerischen Betreuung und der subjektiv empfundenen Sauberkeit (hygienische Aspekte). Die Infrastruktur liegt im Mittelfeld, das Essen im unteren Drittel der Wichtigkeit. Hall und Dornan (1990) betonen die Bedeutung der affektiven Grundhaltung des Personals zum Patienten für dessen Zufriedenheit.

2.2.4. Einflussfaktoren auf die Patientenzufriedenheit

Die Patientenzufriedenheit wird durch Erfüllung von Erwartungen und Übereinstimmung des Behandlungsergebnisses mit der zu Behandlungsbeginn gestellten Prognose beeinflusst. Kane und Maciejewski (1997) beschreiben, dass der Zufriedenheitsgrad der Patienten mehr durch den momentanen Gesundheitszustand, als durch erfolgte Verbesserungen beeinflusst wird.

Mehrere Aspekte wie Alter, sozialer Status, Krankheit und Geschlecht haben einen Einfluss auf die Patientenzufriedenheit. So beschreibt z.B. Hall et al. (1994), dass jüngere und gut ausgebildete Patienten kritischer sind, mit der Folge, dass sich die Patientenzufriedenheit verringern kann. Wüthrich-Schneider (1999) zeigte, dass demographische und generelle Variablen wie Alter und Anzahl vorangegangener Krankenhausaufenthalte den Zufriedenheitsgrad signifikant beeinflussen. Bei 31-40jährigen Gynäkologie-Patientinnen wurden im Gegensatz zu den 41-50jährigen ein signifikant niedrigerer Zufriedenheitsgrad gefunden, was Wüthrich-Schneider (1999) darauf zurückführte, dass in dieser Lebensphase nicht mit der Notwendigkeit eines Eingriffes gerechnet wird und bei diesen Patientinnen ein allgemeiner Zustand der Unzufriedenheit verbreitet ist. Die Tendenz im Sinne "je mehr vorherige Aufenthalte, desto größer war die Zufriedenheit" deutet Wüthrich-Schneider (1999) dahingehend, dass normalerweise zufriedene Patientinnen gerne in ein zuvor beanspruchtes Krankenhaus zurückkehren. Komplikationen und Risikofaktoren beeinflussten in dieser Studie die Zufriedenheit nicht.

2.3. Historische Aspekte zur Messung der Patientenzufriedenheit

Die Erfassung der Patientenzufriedenheit im heutigen Sinne ist ein relativ junges Thema der Medizinsoziologie und -psychologie. Sie wurde erst in den 50er Jahren des 20. Jahrhunderts zu einem wesentlichen Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchung in den angelsächsischen Ländern (Wüthrich-Schneider und Rageth 2000). Allerdings gab es schon sehr früh Versuche, die medizinische Qualität zu sichern. Im Jahre 2000 vor Christus wurde ein Dokument für medizinische Standards in

Ägypten entwickelt, 1.100 v. Chr. verlangte die Chou-Dynastie in China von Ärzten das Bestehen eines staatlichen Examens, bevor die Erlaubnis für die therapeutische Tätigkeit gegeben wurde (Racine 1995).

In den frühen Jahren des 20. Jahrhunderts wurden gesetzliche Vorschriften über die Aufnahme von Medizinstudenten und über die Verbesserung des Ausbildungsprogrammes erlassen. Eine wesentliche Persönlichkeit hinsichtlich der medizinischen Qualitätssicherung war Earnest Every Codeman, der im Jahre 1914 die Endresultate seiner chirurgischen Eingriffe evaluierte. Die durch Codemans Studie erhöhte Transparenz wurde von der medizinischen Fakultät nicht toleriert. Codeman wurde entlassen und etablierte ein eigenes Spital, welches er das "Endresult Hospital" nannte (Wüthrich-Schneider 1999).

Dies kann man als entscheidenden Umbruch in der medizinischen Qualitätssicherung bezeichnen. Ab diesem Zeitpunkt floss die Patientenmeinung in die Qualitätsbeurteilung mit ein. Ein international verbreitetes, umfassendes Qualitätskonzept stellt das TQM dar, welches in den USA nach 1950 entstand (Wüthrich-Schneider 1999). Der Beginn systematisch angelegter Patientenbefragungen fand ebenfalls nach 1950 statt. Zunächst stand die "ereignisorientierte Methode" im Vordergrund. Der Patient wurde zum Zeugen für bestimmte qualitätsrelevante Vorkommnisse und Zustände. Die Befragungsergebnisse waren Tatsachenberichte. Dieses in Cleveland/Ohio entwickelte Konzept fand trotz seiner Aussagekraft zunächst keine Verbreitung. Populär wurden stattdessen auch im Gesundheitswesen Studien mit Fragen, Urteilen und schulnotenähnlichen Rangskalen (Ruprecht 2001). Kurz vor 1970 konzentrierten sich die Untersuchungen vorwiegend auf die Patientenzufriedenheit mit der medizinischen Pflege und korrelierten diese Ergebnisse mit externen Variablen wie Hintergrund des Patienten, Verhalten des Personals und äußere Gegebenheiten (Hall und Dornan 1988a). In den 80er Jahren des 20. Jahrhunderts kam es zu Veränderungen im Arzt-Patienten-Verhältnis, und die Autorität der Ärzte und Schwestern gegenüber dem Patienten veränderte sich parallel zu einer wachsenden Patientenkompetenz. Die Patienten stellten zunehmend Fragen und verlangten ausführliche Informationen über ihre Krankheiten (Phillips 1996).

Ein Blick auf den historischen Umgang mit dem Patienten zeigt ein Bild mit einer vielfach entmündigten und der Leistung des "Halbgottes in Weiß" unkritisch ausgelieferten Person. Ausdruck dieser Restriktion ist die konkrete und stark eingeschränkte Festlegung von Besuchszeiten, wie sie bis Mitte der 1980er Jahre in vielen Krankenhäusern noch gelebte Praxis war. Fachlatein und Zeitnot bei den Visiten, mangelnde Erklärungen zu verschiedenen Behandlungsmethoden und die Mitgabe unverständlicher Befunde und Abbildungen für den Hausarzt waren in vielen Krankenhäusern die Regel. Da nicht zuletzt auch von staatlicher Seite die Selbstbestimmungsrechte des Patienten hinsichtlich seiner Behandlung erweitert wurden, hat sich dieser Status grundlegend geändert. Transparenz im medizinischen Handeln und eine umfassende Information des Patienten in einer ihm verständlichen Sprache sind Forderungen, die an Wichtigkeit gewinnen. Daher gilt der Patient heute unter betriebswirtschaftlichen und sozialwissenschaftlichen Gesichtspunkten als Bedarfsträger, Kaufkraftträger und Bestimmer der medizinischen Dienstleistung (Buchhester 2002).

2.4. Gesundheitliche und soziologische Aspekte der Patientenzufriedenheit

Eine vom Patienten positiv erlebte ärztliche Behandlung erhöht die Compliance und erzielt ein bestmögliches Therapieergebnis (Hudler et al. 2000).

Allgemein kann man sagen, dass Patienten, die mit ihrer Behandlung zufrieden sind, weiterhin zum gleichen Arzt, zur selben Praxis oder Klinik gehen werden, was die Kontinuität der Behandlung sichert. Ihre Compliance mit den verordneten Behandlungen steigt mit zunehmender Zufriedenheit (Hankins et al. 1996).

Die Zufriedenheit des Patienten mit der Behandlung bestimmt darüber, ob er die Anweisungen des Arztes gut oder schlecht befolgt. Es gibt direkte Zusammenhänge zwischen dem Therapieergebnis und dem Gesundheitsstatus und der Zufriedenheit des Patienten. Ein zufriedener Patient ist ein positiver Aspekt der Arzt-Patienten-Beziehung und soziale Aspekte fördern die Heilung (Carr-Hill 1992, Hankins et al. 1996).

Seine Erfahrung gibt er an sein persönliches Umfeld (Familie, Verwandte, Bekannte, niedergelassene Ärzte, usw.) und damit auch an die Öffentlichkeit weiter. Trotz individueller subjektiver Einflüsse wie Lebensgeschichte und emotionales Befinden, trotz fehlender fachlicher medizinischer Kenntnisse kann die Kritik der Patienten Hinweise auf Schwachstellen der Versorgung geben (Rais et al. 1998).

Die Patientenzufriedenheit ist ein Konstrukt zur Messung der subjektiven Qualitätswahrnehmung von Klinikpatienten. Diese Wahrnehmung beruht gleichermaßen auf Struktur-, Prozess- und Ergebnismerkmalen einer klinischen Leistung. Demzufolge ist die Patientenzufriedenheit zwar ein Ergebnis des Behandlungsprozesses, nicht aber Bestandteil der Ergebnisqualität, sondern vielmehr eine auf allen Qualitätsdimensionen beruhende, subjektive Gesamtqualitätseinschätzung (Olandt und Krentz 1998).

Die Sicht des Patienten liefert einzigartige Informationen. Die Zufriedenheit reflektiert wichtige zwischenmenschliche Aspekte einer medizinischen Behandlung. Zufriedene Patienten verbessern den Ruf eines Arztes und einer Klinik und können deren Marktanteil vergrößern (Wüthrich-Schneider 1999).

2.5. Wirtschaftliche Bedeutung der Patientenzufriedenheit

Immer mehr Patienten stimmen heute „mit den Füßen ab“, das heißt sie wandeln sich vom Patienten zum Kunden. Regional unterschiedlich schwankt die Zahl der Patienten zwischen 40-60% oder sogar darüber, die nicht von ihrem Hausarzt in eine bestimmte Klinik geschickt werden. Diese Tendenz ist steigend (Ament-Rambow 1998).

Das Bettenüberangebot führt zu steigender Konkurrenz. Auch ambulante Angebote verschärfen den Wettbewerb. Die im Zuge der Gesundheitsreform verkürzte mittlere Verweildauer der Patienten bedeutet für die einzelnen Kliniken, dass sie mehr Kunden gewinnen müssen, um durch höheren „Patientenumsatz“ gleiche oder bessere Gewinne zu erzielen. (Ament-Rambow 1998).

Nur zufriedene Patienten empfehlen eine Klinik weiter bzw. kommen im Bedarfsfall wieder (Ament-Rambow 1998, Wüthrich-Schneider (2000)).

Auf der Basis der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen hat sich in den letzten Jahren eine Veränderung der gesundheitspolitischen und gesetzlichen Rahmenbedingungen ergeben, die u.a. Rationalisierungsmaßnahmen und eine verstärkte Wettbewerbssituation unter den Anbietern medizinischer Leistungen mit sich gebracht hat. Gleichzeitig haben sich die Erwartungen vieler Patienten gewandelt. Der Dienstleistungsaspekt tritt in den Vordergrund.

Der Patient sieht sich zunehmend als Kunde medizinischer Leistungen. Somit wird die vom Patienten wahrgenommene Qualität zu einem entscheidenden Kriterium für den Erfolg einer Praxis oder einer Klinik (Baberg et al. 2001, Helmig 1997, Hudler et al. 2000).

Ein zentrales Instrument zur Sicherung des Unternehmenserfolges ist auch im Krankenhaussektor, ebenso wie in anderen Wirtschaftsbereichen, die Steigerung der Kundenzufriedenheit vor allem im Sinne der Zufriedenheit von Patienten als zentraler Kundengruppe (Helmig 1997).

Die Knappheit der finanziellen Mittel, der Zwang zum Sparen und Rationalisieren haben dazu geführt, dass die Gesundheitspolitik und der Gesetzgeber sich des Instruments der Qualitätssicherung bemächtigt haben und sie als Vehikel zur Begrenzung des ärztlichen Anbieterverhaltens einsetzen (Ulsenheimer 1998).

Neben generellen Kostensenkungsmaßnahmen, neuen Entgeltformen und Bettenkürzungen ist es unerlässlich, Kosten-Nutzen-Analysen durchzuführen, um das Krankenhaus unter Wirtschaftlichkeitsaspekten zu durchleuchten. Der Ruf eines Krankenhauses nimmt existenzbestimmende Bedeutung an, erst recht unter den gegenwärtigen gesundheits- und krankenhauspolitischen Bedingungen.

Um die Erwartungen und Wünsche der Patienten systematisch zu erforschen, gewinnen Patientenzufriedenheitsanalysen immer mehr an Bedeutung. Auch wenn Aussagen von Zufriedenheitsuntersuchungen keine absolut zuverlässigen Qualitätsindikatoren liefern können, ist es notwendig und sinnvoll, die Patientensicht in die Evaluation einzubeziehen. Denn Patientenmeinungen liefern nach Raspe und Voigt (1996) "zweifelsohne qualitätssensitive und -relevante, sowie einzigartige, auf andere Weise nicht zu gewinnende Informationen".

Leimkühler und Müller (1996) sprechen vom "Wandel der Patientenrolle vom passiven Empfänger zum kritischen Konsumenten medizinischer Leistungen". Als

Kunde des Krankenhauses nutzt der Patient sein Recht auf Selbstbestimmung und konsultiert bei Bedarf, dem Produktvergleich der Sachgüter ähnelnd, den Wettbewerb. Dieser Status hat sich nicht zuletzt durch Erweiterung der Selbstbestimmungsrechte des Patienten hinsichtlich seiner Behandlung grundlegend geändert. So haben neben der medizinischen Initialentscheidung das Informationspotential über mögliche Behandlungsalternativen und die Selbstbestimmung bei der Gestaltung des Krankenhausaufenthaltes entscheidenden Einfluss auf die Qualität der Behandlung (Brudermann 1995).

Immerhin 84,2% der Patienten betrachten sich als Kunden, deren Anspruch an das Krankenhaus weit über den einer Anstalt zur Verbesserung des Gesundheitszustandes hinausgeht (Brudermann 1995). In diesem Sinne scheint eine Analogie zwischen Patient und Kunde als längst überfällig (Straub 1994).

In verschiedenen Printmedien werden Qualitätsvergleiche von verschiedenen Kliniken anhand der Patientenzufriedenheit vorgenommen, so dass auch auf diesem Weg die Patientenzufriedenheit einen starken Einfluss auf das zukünftige Klinikverhalten nimmt. Dies bekräftigt die Notwendigkeit für Kliniken, sich nicht nur aus objektiver, fachlich-medizinischer Sicht sondern auch aus der subjektiven Sicht der Patienten zu verbessern (Bauer et al. 2002).

2.6. Fragebogen als Messinstrument der Patientenzufriedenheit

Grundsätzlich sind Patientenbefragungen ein gutes Mittel, um Patienten in das Versorgungsgeschehen einzubeziehen und durch die Patientenperspektive Defizite in der Versorgung aufzudecken. Durch umsichtig angelegte und methodisch solide Patientenbefragungen können die Versorgungseinrichtungen den Grad der in ihnen realisierten Patientenorientierung ermitteln und mit Hilfe gezielter Defizitanalysen deren Optimierung vorbereiten. Der jeweilige Umsetzungsgrad dieser Form von Patientenbeteiligung unterscheidet sich allerdings zwischen den Krankenhäusern erheblich (Lecher 2002).

Der Erstellung des Fragebogens kommt eine entscheidende Bedeutung zu. Wesentlich ist es, die Fragestellung konkret anzulegen, dass sie frei von Unklar-

heiten und wertfrei formuliert ist. Suggestivfragen sind zu vermeiden. Alle Dimensionen der Qualität sind zu bewerten, die das angestrebte Ziel der Qualitätsbewertung erfassen sollen. Durch wiederholte Patientenbefragungen lässt sich ein Messinstrument etablieren, um die Qualität beständig zu optimieren (Hudler et al. 2000).

Die Umfrageantworten der Patienten müssen nicht mit der Realität übereinstimmen. Die Antwort spiegelt subjektive Wahrnehmung und Meinung. Der subjektive Eindruck vieler Patienten und Patientinnen jedoch ist eine objektive Tatsache. Sie entspricht dem tatsächlichen Image der Ärzte bzw. Kliniken (Riegl 1991).

Die Patientenzufriedenheit ist die Qualität der Leistungen im Krankenhaus, wie sie vom Patienten subjektiv empfunden wird (Borde et al. 2002).

Patientenbefragungen bieten zunächst einmal ein Instrument der Datensammlung (Ladfors et al. 2002). Sie sind eine sehr preiswerte Möglichkeit, an solche Daten heranzukommen (Nathorst-Böös et al. 2001, Williams 1994). Die Nutzungsmöglichkeiten dieser Daten sind vielfältig. Man erhält zunächst ein "Spiegelbild des Marktes" für die Klinik mit allen Stärken und Schwächen. Dies kann als konkrete Arbeitsgrundlage benutzt werden. Auf dieser Basis können die Budgetmittel zielgerichtet und selektiv eingesetzt und die Ergebnisse mit den eigenen Zielen verglichen werden, um festzustellen, wie weit fortgeschritten die eigene Entwicklung ist. Für die Iniziiierung von Veränderungen kann auf diese Weise eine detaillierte, fundierte und belegbare Argumentations- und Diskussionsgrundlage erarbeitet werden (Thill 1996).

Mit Hilfe der wiederholten Durchführung ist erkennbar, ob die ggf. in der Zwischenzeit eingeleiteten Veränderungs- oder Optimierungsmaßnahmen erfolgreich waren. Man erhält ein qualitatives Controlling-Instrument (Nathorst-Böös et al. 2001, Thill 1996).

Laut Neugebauer und Porst (2001) sind folgende Ziele der Patientenbefragung festzustellen: Messung der Qualität und Effektivität, Instrument für die Imagebildung und Kundenbindung, Erkennen von Schwachstellen, Mitarbeitermotivation, Öffentlichkeitsarbeit, Vergleich zu anderen Anbietern und zeitlicher Vergleich (Längsschnitt). In Zukunft werden neben Längsschnittanalysen (Vergleich innerhalb der eigenen Einrichtung) auch Querschnittsanalysen (Vergleich mit anderen

Anbietern der gleichen Versorgungseinrichtung) immer mehr an Bedeutung gewinnen.

Voraussetzungen für Patientenbefragungen sind:

1. Patientenzentrierte Versorgung als Unternehmensziel:

Langfristig sind Patientenbefragungen nur sinnvoll, wenn Führungskräfte den Ergebnissen einen zentralen Stellenwert einräumen. Auch sollte die Versorgung auf die Patienten ausgerichtet sein, kommerzielle und berufspolitische Interessen nur dann verfolgt werden, wenn sie das patientenzentrierte Arbeiten fördern und weiterentwickeln.

2. Klarheit über Zweck und Charakter der Befragung:

Sollen Verbesserungspotentiale und Stärken ermittelt werden, ist eine Querschnittsstudie, meist einmalig, ausreichend. Sollen hingegen Prozesse beschrieben und analysiert werden, ist eine Längsschnittstudie notwendig. So lassen sich Qualitätsentwicklungsprojekte und -aktivitäten ermitteln und kontrollieren.

3. Interne Transparenz:

Eine rechtzeitige, regelmäßige und umfassende Information der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist zu gewährleisten, um die nötige Akzeptanz und Motivation zu schaffen. Diskussion über Befragungsergebnisse sollten daher nicht nur innerhalb der Führungsebene sondern auch im Rahmen von Mitarbeiterbesprechungen erfolgen.

Um Patientenzufriedenheitsumfragen zur patientenrelevanten Qualitätsbeurteilung nutzen zu können, sind verschiedene Anforderungen an die Validität, Reliabilität, Objektivität und Machbarkeit zu stellen.

Validität oder Gültigkeit ist die Fähigkeit eines Testes, genau das und nur das zu messen, was er zu messen vorgibt. Alle für den Patienten relevante Aspekte im Krankenhaus sollten erfasst werden. Nach Künzi (2002) stehen Fragen zur Erreichbarkeit, der Kontinuität und der Qualität der Versorgung, sowie Erfahrungen akut und chronisch Erkrankter mit den Leistungserbringern im Zentrum. Valide Fragen müssen in einfacher Sprache und mit sorgfältiger Begriffswahl abgefasst sein, um

eine neutrale Bewertung zuzulassen. Nur durch einen aufwendigen Entwicklungs- und Validierungsprozess entsteht ein valides Messinstrument für Qualität in der Patientenversorgung.

Reliabilität oder Zuverlässigkeit ist Grad der Genauigkeit, mit dem das geprüfte Merkmal gemessen wird. Voraussetzung hier sieht Künzi in hohen Rücklaufquoten, welche die Resultate möglichst repräsentativ machen. Mit einer Mindestanzahl von 50-60 Patienten sei bei fünf Fragen pro Dimension die Qualitätsdimension zuverlässig zu erfassen.

Objektivität ist das Ausmaß, in dem die Testergebnisse unabhängig vom Testanwender bzw. von der Vorgehensweise sind und wenn der Einfluss der subjektiven Eigenschaften auf ein Minimum reduziert werden kann. Dies gelingt durch sorgfältige Auswahl und Formulierung der Fragen.

Machbarkeit beschreibt die Anwendbarkeit im Sinne der Zumutbarkeit und Verständlichkeit. Mit wenig Aufwand und Erklärungen sollte ein Fragebogen einsetzbar sein.

Es wird wohl kein Fragebogen je in der Lage sein, die Patientenzufriedenheit exakt abzubilden und zu messen. Es können nur mit Ungenauigkeiten behaftete Näherungswerte ermittelt werden. Das Ausmaß der Ungenauigkeit ist jedoch stark von der Qualität des Messinstrumentes und der Messverfahren abhängig.

Die meisten Studien gehen von folgenden ungeprüften Annahmen aus: Eine objektive gute Realität wird von den Patienten als solche wahrgenommen und produziert Zufriedenheit sowie die vom Patienten geäußerte Zufriedenheitsangaben lassen auch auf objektive Zufriedenheit schließen (Wüthrich-Schneider 1998).

3. Material und Methoden

Die vorliegende Umfragestudie wurde an der Frauenklinik und Poliklinik der Universitätskliniken des Saarlandes, Homburg/Saar, in der Zeit vom Oktober 2000 bis August 2001 durchgeführt. Die Konstruktion des verwendeten Fragebogens basierte auf einer Studie zur Messung der Patientenzufriedenheit von Riegl (1991). Der eigene Fragebogen wurde in Anlehnung an Riegl (1991) selbst entwickelt.

Das entwickelte Erhebungsinstrument sollte Erkenntnisse über eine ganze Stichprobe hinsichtlich des Merkmals "Patientenzufriedenheit" gewinnen und dabei differenzierte Rückmeldungen über Erwartungen und Bedürfnisse der Patientinnen liefern und aufdecken, in welchen Bereichen aus Patientensicht noch Handlungs- bzw. Verbesserungsbedarf besteht.

Aspekte zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der medizinischen Leistung in der Frauenklinik sollten differenziert erfasst werden, um anhand der Daten Unterschiede zwischen einzelnen Stationen, Berufsgruppen und Krankheitsbildern herausarbeiten zu können.

Eine geplante Befragung der Mitarbeiter der Klinik hinsichtlich ihrer eigenen Zufriedenheit bzw. Beurteilung der Patientenzufriedenheit aus ihrer Sicht scheiterte am schlechten Rücklauf und der damit nicht repräsentativen Stichprobe der Mitarbeiter.

3.1. Konstruktion des Fragebogens

Nach Studium ähnlicher, vorangegangener Patientenzufriedenheitsbefragungen (z.B. Riegl 1991) und nach Interviews mit Patientinnen der Universitätsfrauenklinik Homburg, wurde ein individuell auf die Gegebenheiten der Universitätsfrauenklinik Homburg zugeschnittener Fragebogen entworfen. Ein erster Probelauf mit 30 Fragebögen zeigte, die Fragenanzahl war gut zu bewältigen, die Beurteilung anhand der Antwortskalen war einfach und die Fragen waren verständlich formuliert. Nach

kleineren Veränderungen wurde der Fragebogen in der im Anhang ersichtlichen Form übernommen und eingesetzt.

Dem Fragebogen wurde ein Anschreiben vorgeschaltet (siehe Anlage I), in dem das Ziel der Erhebung, nämlich Probleme im Klinikaufenthalt der Befragten herauszufinden, beschrieben wurde. Die Patientinnen wurden um offene und ehrliche Antworten gebeten, und es wurde eine anonyme Behandlung der Daten zugesichert, um das notwendige Vertrauen in die Befragung zu erhöhen sowie die Rücklaufquote zu verbessern. Diesem Zweck diente auch der Hinweis, den ausgefüllten Fragebogen in einen beiliegenden Briefumschlag zu stecken und in einem auf der Station bereitgestellten Briefkasten zu werfen, also keine persönliche Übergabe an einen Klinikmitarbeiter.

Der Erhebungsbogen bestand aus 51 separaten Fragen, wobei diese Fragen wiederum z.T. untergliedert waren. Die jeweils gestellten Fragen werden nachfolgend als Items bezeichnet. Der Erhebungsbogen enthielt 186 Items, darunter 4 in Form frei zu beantwortender Fragen (sogenannter Freitext). Der Fragenkatalog gliederte sich in zwei größere Bereiche:

1. Individuelle Faktoren: Fragen zu Alter, Familienstand, Schulabschluss, Berufstätigkeit, Tätigkeit im medizinischen Bereich, Wohnort, Krankenversicherung und zu bereits vorhandenen Erfahrungen im Krankenhaus sowie dem Krankheitsbild.
2. Äußere Faktoren bzw. krankenhausspezifische Faktoren wie ärztliche Betreuung, pflegerische Betreuung, Funktionsbereiche, Unterbringung und Hotelleistungen.

Durch die Aufnahme ausgewählter soziodemographischer Charakteristika und differenzierter Fragen zum Krankheitsbild sollte die Identifikation von "Patientinnen-Clustern" möglich werden. Es sollte danach gesucht werden, ob typische (z.B. altersspezifische) Unterschiede im Antwortverhalten vorhanden waren.

Um die Konzentration während der Befragung aufrecht zu erhalten und die Tendenz zur Angabe sozial erwünschter Antworten zu reduzieren, wurde bewusst mit unterschiedlichen Fragetypen und Skalentypen innerhalb des Fragebogens gearbeitet. Die nachfolgenden Tabellen zeigen die erzielte Beantwortungsdichte der 186 Items

des 51 Fragen umfassenden Erhebungsbogens sowie die Zahlenniveaus der erhobenen Parameter.

Tab.3a: Konstruktion des Bogens, Zahlenniveaus der einzelnen Items, Antwortdichte bei 285 Befragten (Inhalt der Fragen siehe Erhebungsbogen im Anhang II)						
Frage	Item(s) pro Frage	Zahlenniveau	Antworten			
			gegeben		keine Angaben	
			n	%	n	%
01	1	rational	262	91,9	23	8,1
02	1	ordinal	273	95,6	12	4,4
03	1	nominal	272	95,4	13	4,6
04	1	nominal	260	91,2	25	8,8
05	1	nominal	277	97,2	8	2,8
06	1	nominal	279	97,9	6	2,1
07	1	nominal	279	97,9	6	2,1
08	1	nominal	280	98,2	5	1,8
09.1	4	nominal	109	38,2	176	61,8
09.2		nominal	103	36,1	182	63,9
09.3		nominal	87	30,5	198	69,5
09.4		ordinal	112	39,3	173	60,7
10.1	2	nominal	277	97,2	8	2,8
10.2		ordinal	94	33,0	191	67,0
11.1	2	nominal	96	33,7	189	66,3
11.2		ordinal	97	34,0	188	66,0
12	1	nominal	266	93,3	19	6,7
13	1	nominal	262	91,9	23	8,1
14.1	3	nominal	268	94,0	17	6,0
14.2		nominal	227	79,6	58	20,4
14.3		rational	195	68,4	90	31,6
15	1	nominal	241	84,6	44	15,4

Tab.3b: Konstruktion des Bogens, Zahlenniveaus der einzelnen Items, Antwortdichte bei 285 Befragten (Inhalt der Fragen siehe Erhebungsbogen im Anhang II)						
Frage	Item(s)	Zahlenniveau	Antworten			
			gegeben		keine Angaben	
			n	%	n	%
16.1	12	nominal	20	7,0	265	93,0
16.2		nominal	97	34,0	188	66,0
16.3		nominal	109	38,2	176	61,8
16.4		nominal	36	12,6	249	87,4
16.5		nominal	216	75,8	69	24,2
16.6		nominal	153	53,7	132	46,3
16.7		nominal	102	35,8	183	64,2
16.8		nominal	51	17,9	234	82,1
16.9		nominal	95	33,3	190	66,7
16.10		nominal	61	21,4	224	78,6
16.11		nominal	57	20,0	228	80,0
16.12		nominal	24	8,4	261	91,6
17.1	9	ordinal	193	67,7	92	32,3
17.2		ordinal	168	58,9	117	41,1
17.3		ordinal	133	46,7	152	53,3
17.4		ordinal	125	43,9	160	56,1
17.5		ordinal	181	63,5	104	36,5
17.6		ordinal	178	62,5	107	37,5
17.7		ordinal	127	44,6	158	55,4
17.8		ordinal	165	57,9	120	42,1
17.9		ordinal	184	64,6	101	35,4
18.1	4	ordinal	231	81,1	54	18,9
18.2		ordinal	203	81,2	82	28,8
18.3		ordinal	146	51,2	139	48,8
18.4		ordinal	249	87,4	36	12,6
19.1	4	ordinal				
19.2		ordinal	239	83,9	46	16,1
19.3		ordinal	246	86,3	39	13,7
19.4		Freitext	231	81,1	54	18,9
20.1	3	ordinal	79	27,7	206	72,3
20.2		ordinal	168	58,9	117	41,1
20.3		ordinal	233	81,8	52	18,2
21	1	rational	232	81,4	53	18,6

Tab.3c: Konstruktion des Bogens, Zahlenniveaus der einzelnen Items, Antwortdichte bei 285 Befragten (Inhalt der Fragen siehe Erhebungsbogen im Anhang II)						
Frage	Item(s) pro Frage	Zahlenniveau	Antworten			
			gegeben		keine Angaben	
			n	%	n	%
22	1	rational	245	86,0	40	14,0
23.1	3	ordinal	270	94,7	15	5,3
23.2		ordinal	219	76,8	66	23,2
23.3		ordinal	231	81,1	54	18,9
24.1	6	ordinal	233	81,8	52	18,2
24.2		ordinal	248	87,0	37	13,0
24.3		ordinal	264	92,6	21	7,4
24.4		ordinal	266	93,3	19	6,7
24.5		ordinal	183	44,2	102	35,8
24.6		ordinal	200	70,2	85	29,8
25.1	13	ordinal	272	95,4	13	4,6
25.2		ordinal	211	73,0	74	26,0
25.3		ordinal	229	80,4	56	19,6
25.4		ordinal	205	71,9	80	28,1
25.5		ordinal	206	72,3	79	27,7
25.6		ordinal	262	91,8	23	8,1
25.7		ordinal	238	83,5	47	16,5
25.8		ordinal	229	80,4	56	19,6
25.9		ordinal	34	11,9	251	88,1
25.10		ordinal	17	6,0	268	94,0
25.11		ordinal	246	86,3	39	13,7
25.12		ordinal	205	71,9	80	28,1
25.13		ordinal	66	23,2	219	76,8
26.1	4	ordinal	257	90,2	28	9,8
26.2		ordinal	259	90,9	26	9,1
26.3		ordinal	261	91,6	24	8,4
26.4		ordinal	263	92,3	22	7,7

Tab.3d: Konstruktion des Bogens, Zahlenniveaus der einzelnen Items, Antwortdichte bei 285 Befragten (Inhalt der Fragen siehe Erhebungsbogen im Anhang II)						
Frage	Item(s) pro Frage	Zahlenniveau	Antworten			
			gegeben		keine Angaben	
			n	%	n	%
27.1	14	ordinal	272	95,4	13	4,6
27.2		ordinal	210	73,6	75	26,4
27.3		ordinal	211	74,0	74	26,0
27.4		ordinal	235	82,5	285	17,5
27.5		ordinal	260	91,2	50	8,8
27.6		ordinal	195	68,4	90	31,6
27.7		ordinal	201	70,5	84	29,5
27.8		ordinal	241	84,6	285	15,4
27.9		ordinal	232	81,4	44	18,6
27.10		ordinal	203	71,2	82	28,8
27.11		ordinal	201	70,5	84	29,5
27.12		ordinal	244	85,6	41	14,4
27.13		ordinal	236	82,8	49	17,2
27.14		ordinal	211	74,0	74	26,0
28.1	5	ordinal	256	89,8	29	10,2
28.2		ordinal	269	94,4	16	5,6
28.3		ordinal	259	90,9	26	9,1
28.4		ordinal	255	89,5	30	10,5
28.5		ordinal	255	89,5	30	10,5
29	1	ordinal	246	86,3	39	13,7
30.1	8	nominal	271	95,1	14	4,9
30.2		ordinal	225	88,9	60	21,1
30.3		ordinal	211	74,0	74	26,0
30.4		ordinal	227	89,6	58	20,4
30.5		ordinal	222	77,9	63	22,1
30.6		ordinal	159	55,8	126	44,2
30.7		ordinal	187	65,6	98	34,4
30.8		ordinal	215	75,4	70	24,6
31.1	4	ordinal	264	92,6	21	7,4
31.2		ordinal	34	11,9	251	88,1
31.3		ordinal	34	11,9	251	88,1
31.4		rational	11	3,9	274	96,1

Tab.3e: Konstruktion des Bogens, Zahlenniveaus der einzelnen Items, Antwortdichte bei 285 Befragten (Inhalt der Fragen siehe Erhebungsbogen im Anhang II)						
Frage	Item(s) pro Frage	Zahlenniveau	Antworten			
			gegeben		keine Angaben	
			n	%	n	%
32.1	5	ordinal	115	40,4	170	59,6
32.2		ordinal	73	25,6	212	74,4
32.3		ordinal	57	20,0	228	80,0
32.4		ordinal	54	18,9	231	81,1
32.5		ordinal	53	18,6	232	81,4
33.1	6	ordinal	264	92,6	21	7,4
33.2		ordinal	262	91,9	23	8,1
33.3		ordinal	219	76,8	66	23,2
33.4		ordinal	160	56,1	125	43,9
33.5		ordinal	53	18,6	232	81,4
33.6		ordinal	234	82,1	51	17,9
34	1	ordinal	253	88,8	32	11,2
35.1	2	ordinal	271	95,1	14	4,9
35.2		ordinal	265	93,0	20	7,0
36.1	5	ordinal	239	83,9	46	16,1
36.2		ordinal	154	54,0	131	46,0
36.3		ordinal	129	45,3	156	54,7
36.4		ordinal	81	28,4	204	71,6
36.5		ordinal	158	55,4	127	44,6
37.1	6	ordinal	223	78,2	62	21,8
37.2		ordinal	251	88,1	34	11,9
37.3		ordinal	248	87,0	37	13,0
37.4		ordinal	249	87,4	36	12,6
37.5		ordinal	222	77,9	63	22,1
37.6		ordinal	188	66,0	97	34,0
38.1	5	ordinal	269	94,4	16	5,6
38.2		ordinal	213	74,7	72	25,3
38.3		ordinal	274	96,1	11	3,9
38.4		ordinal	203	71,2	82	28,8
38.5		ordinal	236	82,8	49	17,2
39.1	2	nominal	276	94,8	9	3,2
39.2		nominal	165	57,9	120	42,1

Tab.3f: Konstruktion des Bogens, Zahlenniveaus der einzelnen Items, Antwortdichte bei 285 Befragten (Inhalt der Fragen siehe Erhebungsbogen im Anhang II)						
Frage	Item(s) pro Frage	Zahlenniveau	Antworten			
			gegeben		keine Angaben	
			n	%	n	%
40.1	4	ordinal	267	93,7	18	6,3
40.2		ordinal	266	93,3	19	6,7
40.3		ordinal	266	93,3	19	6,7
40.4		ordinal	270	94,7	15	5,3
41.1	5	nominal	270	94,7	15	5,3
41.2		ordinal	57	20,0	228	80,0
41.3		ordinal	55	19,3	230	80,7
41.4		ordinal	60	21,1	225	78,9
41.5		ordinal	55	19,3	230	80,7
42.1	4	ordinal	258	90,5	27	9,5
42.2		ordinal	266	93,3	19	6,7
42.3		ordinal	258	90,5	27	9,5
42.4		ordinal	267	93,7	18	6,3
42.5		ordinal	269	94,4	16	5,6
43.1	5	nominal	273	95,8	12	4,2
43.2		nominal	274	96,1	11	3,9
43.3		nominal	274	96,1	11	3,9
43.4		nominal	270	94,7	15	5,3
43.5		nominal	269	94,4	16	5,6
44.1	4	nominal	241	84,6	44	15,4
44.2		nominal	22	7,7	263	92,3
44.3		nominal	22	7,7	263	92,3
44.4		Freitext	279	97,9	6	2,1
45.1	4	ordinal	209	73,3	76	26,7
45.2		ordinal	245	86,0	40	14,0
45.3		ordinal	250	87,7	35	12,3
45.4		ordinal	121	42,5	164	57,5
46	1	rational	244	85,6	41	14,4

Tab.3g: Konstruktion des Bogens, Zahlenniveaus der einzelnen Items, Antwortdichte bei 285 Befragten (Inhalt der Fragen siehe Erhebungsbogen im Anhang II)						
Frage	Item(s) pro Frage	Zahlenniveau	Antworten			
			gegeben		keine Angaben	
			n	%	n	%
47.1	8	ordinal	260	91,2	25	8,8
47.2		ordinal	228	80,0	57	20,0
47.3		ordinal	129	45,3	156	54,7
47.4		ordinal	50	17,5	235	82,5
47.5		ordinal	45	15,8	240	84,2
47.6		ordinal	246	86,3	39	13,7
47.7		ordinal	228	80,0	57	20,0
47.8		ordinal	159	55,8	126	44,2
48	1	ordinal	264	92,6	21	7,4
49	1	Freitext	-	-	-	-
50	1	Freitext	-	-	-	-
51a	2	Freitext	-	-	-	-
51b		Freitext	-	-	-	-

Konstruktion der Ratingskalen:

Um die Zufriedenheit der Patientinnen abfragen zu können, wurde eine sechsstufige Ratingskala eingeführt, die an der Schulnoten-Stufe von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend) orientiert war. Die unipolaren Skalen boten die Möglichkeit, sowohl dichotome Merkmale (z.B. Freundlichkeit versus Unfreundlichkeit der Ärzte) als auch einpolige Dimensionen (genug vs. zu wenig Visiten) abzubilden.

Im Abschnitt der offenen Fragen konnten Angaben zum Alter, der Wartezeit oder Anmerkungen zu positiven/negativen Erfahrungen gemacht werden. Vier offene Fragen, in denen persönliche Meinungen geäußert werden konnten, schlossen den Bogen ab.

3.2. Durchführung der Erhebung

Die Verteilung der Fragebögen erfolgte über mehrere Monate auf den Stationen FR01 und FR02 der Frauenklinik der Universitätskliniken des Saarlandes in Homburg/Saar. Insgesamt wurden 960 Bögen verteilt. Die Patienten wurden kurz vor der Entlassung befragt, um eine möglichst zeitnahe Bewertung des stationären Aufenthaltes zu gewährleisten.

Die Verteilung der Fragebögen erfolgte persönlich durch den Untersucher selbst unter der Annahme, dass eine persönliche Information der Patienten zu einer höheren Rücklaufquote führen könnte. Bei der Verteilung der Fragebögen wurden die Mitarbeiter der Stationen bewusst ausgeklammert, um die Anonymität der befragten Patienten zu gewährleisten. Ebenso sollte vermieden werden, dass auf Seiten der Patientinnen durch eine negative Bewertung der Stationsmitarbeiter oder der Klinik Ängste entstanden, möglicherweise eine schlechtere Behandlung zu erhalten. Der Untersucher betonte mehrfach seine Unabhängigkeit von der Station.

Zur Wahrung der Anonymität wurden die Befragten gebeten, die Fragebögen nach der Beantwortung in einen beiliegenden Briefumschlag zu stecken und in einen auf der Station bereitgestellten, abgeschlossenen Patientenbriefkasten zu werfen.

Die Austeilung der Bögen erfolgte in der Regel gegen Abend, um eine Konfrontation mit der Visite und eine Störung der Besuchszeit zu vermeiden. Die Stationen wurden zum Zweck der Datenerhebung zwei- bis dreimal wöchentlich aufgesucht. Die Teilnahme an der Befragung war absolut freiwillig.

3.3. Ein- und Ausschlusskriterien

In die Befragung eingeschlossen wurden alle stationären Patientinnen der gynäkologischen Stationen FR01 und FR02 der Frauenklinik der Universitätskliniken des Saarlandes. Die gynäkologische Patientinnen wiesen eine ausreichende Altersverteilung und Krankheitsbilder unterschiedlicher Schweregrade auf.

Ausgeschlossen wurden Notfälle sowie Pflegefälle, deren geistige Ansprechbarkeit nur eingeschränkt gegeben war, und Patientinnen, die aus medizinischen (z.B. zum Befragungszeitpunkt auf Intensivstation liegende Patientin) oder ethischen Gründen (z.B. im Sterben liegende Patientin) nicht befragt werden konnten. Wenn mangelnde deutsche Sprachfertigkeiten vorlagen, wurde die Befragte ebenfalls aus der Studie ausgeschlossen.

3.4. Rücklauf der Fragebögen, auswertbarer Datenpool

Der Rücklauf der Fragebögen erwies sich als unerwartet schwierig. Insgesamt kamen von den ausgeteilten 960 Bögen im Erhebungszeitraum 323 Bögen an den Untersucher zurück. Diese waren jedoch nicht vollständig ausgefüllt und zwar in zweierlei Hinsicht: es fanden sich Bögen, die fast überhaupt keine Antworten, wie auch Bögen, die bei wichtigen Kernvariablen der Studie keine Angaben enthielten. Deshalb wurden zunächst nur 285 Bögen in ein Datenerfassungsprogramm (Excel für Windows) eingegeben.

Da das Ziel der Studie die Bewertung der Patientenzufriedenheit in Abhängigkeit soziodemographischer Charakteristika (Alter, Familienstand, Schulabschluss, berufliche Tätigkeit, Einzugsbereich, Wohnort, Krankenversicherungsstatus) und dem grob klassifizierten Krankheitsbild (kleine Operationen, große operative Eingriffe, sonstige Krankheiten) war, wurden nur jene Datensätze von Patientinnen eingeschlossen, die bei allen diesen Variablen verwertbare Antworten gegeben hatten.

Aus diesem Grund mussten 89 (31,2%) der 285 elektronisch erfassten Erhebungsbögen aus der Auswertung entfernt werden, da in diesen Fällen entweder keine Angaben zum Alter (n=23), zum Schulabschluss (n=12), zur beruflichen Tätigkeit (n=13), zum Familienstand (n=8), zum Einzugsbereich (n=6), zum Wohnort (n=6), zum Krankenversicherungsstatus (n=5) und/oder zum Krankheitsbild (n=49) gemacht wurden. Es verblieben 196 befragte Patientinnen (68,8%) in der Studienauswertung.

Da sich die 196 endgültig eingeschlossenen Patientinnen nicht hinsichtlich des Alters ($p = 0,6252$), des Schulabschlusses ($p = 0,5178$), der beruflichen Tätigkeit ($p = 0,3042$), des Familienstandes ($p = 0,071$), des Einzugsbereichs ($p = 0,7801$), des Wohnortes ($p = 0,9088$), des Krankenversicherungsstatus ($p = 0,7846$) oder des Krankheitsbildes ($p = 0,1237$) signifikant von den 89 ausgeschlossenen Patientinnen unterschieden, ist davon auszugehen, dass die 196-köpfige Restdatenmenge eine im Hinblick auf diese Kernparameter repräsentative Stichprobe aus dem ursprünglichen Gesamtdatensatz von 285 elektronisch erfassten Fragebögen der Patientinnen darstellt.

3.5. Statistische Methoden

Nach Rücklauf der Bögen wurden die Daten zunächst mittels des Tabellenkalkulationsprogrammes EXCEL erfasst und danach in das Statistikprogramm Statistical Package for Social Sciences Version 12.01 (Fa. SPSS GmbH/München) übertragen.

Für die beschreibende Statistik wurden Mittelwert (MW), Standardabweichung (SD), Median (Med), Minimum (Min), Maximum (Max) sowie absolute (n) und relative (%) Häufigkeit errechnet.

Die Signifikanzprüfung erfolgte grundsätzlich mit nichtparametrischen Testverfahren (Wilcoxon-Test, Mann-Whitney-Test, Kruskal-Wallis-Test, Friedman-Test, Chi²-Test, Korrelation nach Spearman), da es sich bei den allermeisten Variablen entweder um nominal oder ordinal skalierte Variablen handelte und die wenigen rational skalierten Variablen (z.B. Alter) nach Prüfung auf Normalverteilung (mittels Kolmogorov-Smirnov-Test) als nicht normalverteilt zu bewerten waren. Das Signifikanzniveau wurde zu $p \leq 0,05$ gesetzt.

4. Ergebnisse

4.1. Soziodemographische Charakterisierung

Zum Befragungszeitpunkt lag das mittlere Alter der 196 ausgewerteten Patientinnen bei $46,4 \pm 14,7$ Jahren (Median 44 Jahre), wobei die jüngste Patientin 19 Jahre und die älteste Patientin 87 Jahre alt gewesen war. Es dominierten im Gesamtkollektiv die 31-40jährigen (29,1%), gefolgt von den 41-50jährigen (21,4%), 51-60jährigen (17,9%) und den 61-70jährigen (13,3%) Frauen. Patientinnen im Alter bis 30 Jahre (10,4%) bzw. über 70 Jahren (6,1%) waren weniger repräsentiert (s. Abb.1).

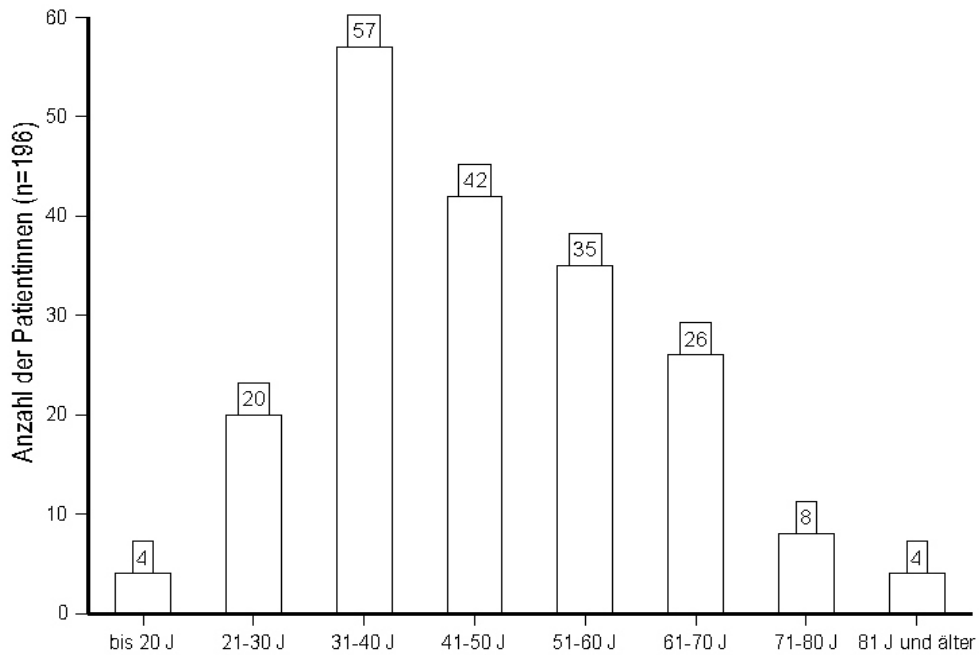


Abbildung 1: Alter der befragten Patientinnen (n=196) zum Erhebungszeitpunkt

Die meisten Patientinnen (98,5%) hatten einen Schulabschluss erworben. Dabei dominierten Patientinnen mit Hauptschulabschluss (37,8%). Einen Realschulabschluss (21,4%) oder einen Abschluss an einer weiterführenden Schule (z.B. Fachoberschule) gaben 20,4% der Frauen an. Abiturientinnen ohne Hochschulstudium (7,1%) sowie Abiturientinnen mit Hochschulstudium (11,7%) fanden sich vergleichsweise selten (s. Abb.2).

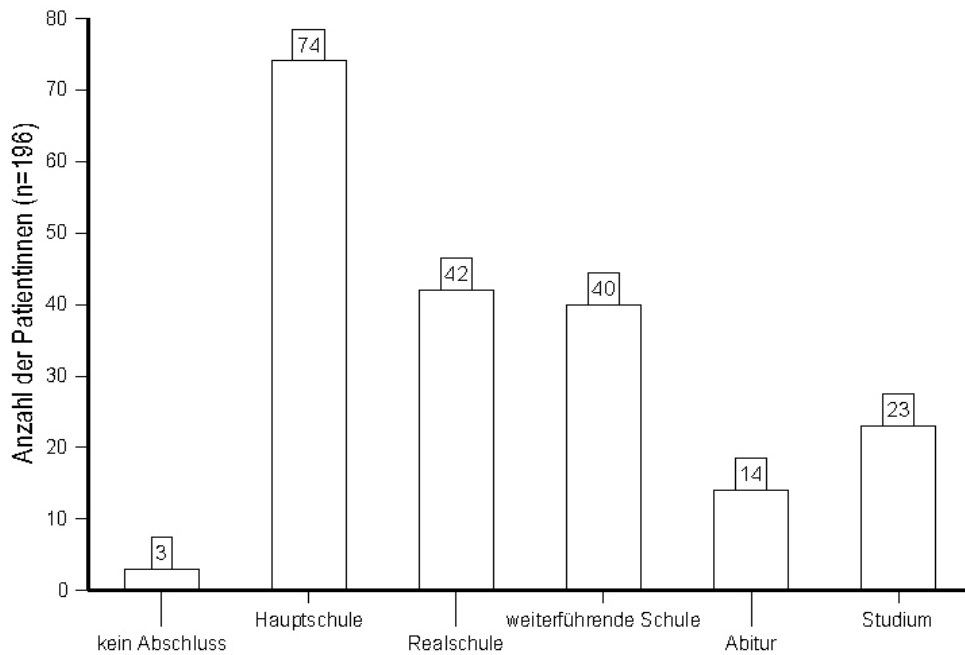


Abbildung 2: Schulische Bildung der befragten 196 Patientinnen

Nach der Berufstätigkeit befragt, gaben die meisten Patientinnen am häufigsten eine Tätigkeit im Angestelltenverhältnis (43,4%) an. Hausfrauen (27,6%) bildeten die zweitgrößte Gruppe. Danach folgten mit erheblichem Abstand Rentnerinnen (8,7%), Selbständige (6,1%), Beamtinnen (5,1%) und Arbeiterinnen (4,6%). Unter den noch nicht berufstätigen Personen fanden sich Studentinnen (1,5%) oder Auszubildende (0,5%). Arbeitslos waren zum Befragungszeitpunkt 2,6% der Frauen (s. Abb.3).

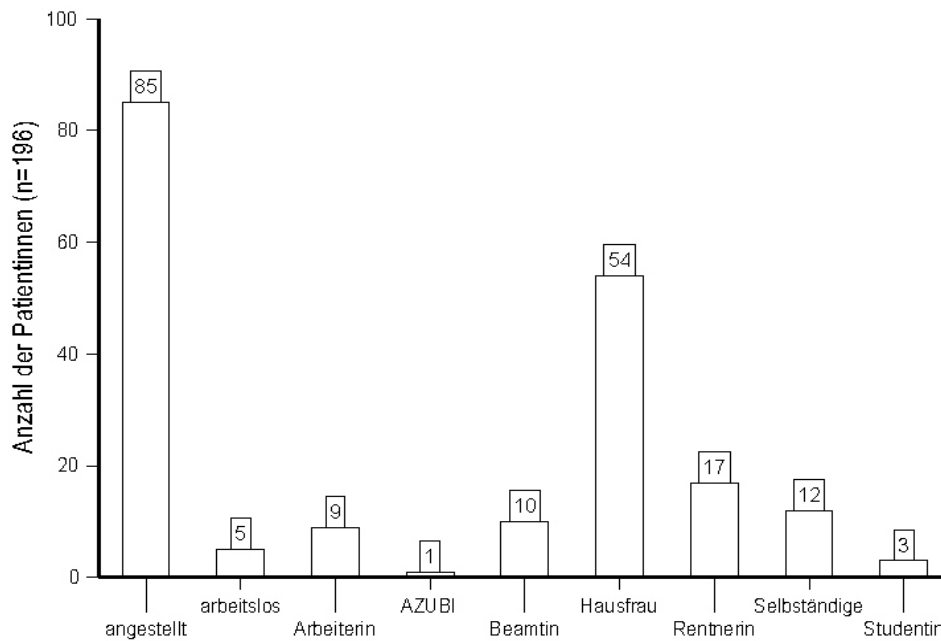


Abbildung 3: Berufliche Tätigkeit der befragten 196 Patientinnen

Die Frage, ob eine berufliche Tätigkeit im medizinischen Bereich ausgeübt wurde, beantworteten 186 (94,9%) der befragten 196 Patientinnen. Von diesen waren 21,5% (n=40) im medizinischen Bereich tätig.

Hinsichtlich des Familienstandes waren zum Befragungszeitpunkt 7,1% (n=14) der Patientinnen alleinstehend/ledig, 13,3% (n=26) waren verwitwet oder geschieden und 79,6% (n=156) waren verheiratet bzw. lebten in einer Lebensgemeinschaft mit einem Partner.

Die meisten Patientinnen, die in der Frauenklinik befragt worden waren, stammten aus dem städtischen Bereich Homburgs oder den umliegenden dörflichen Bereichen (31,6%). Die zweitgrößte Gruppe stammte aus Kaiserslautern (13,8%), die drittgrößte aus Kusel und Pirmasens. Weiter entfernt wohnende Frauen (z.B. aus Saarbrücken, Saarlouis) waren selten vorhanden. 8,7% der behandelten Frauen kamen aus Ortschaften, die außerhalb des saarländischen und direkt angrenzenden rheinland-pfälzischen Einzugsbereiches lagen. Die überwiegende Mehrzahl der

befragten Patientinnen stammten aus einer dörflichen Region (60,7%) und nur 39,3% wohnten im Stadtgebiet. Besonders hoch war der Anteil in Dörfern lebender Patientinnen bei jenen Frauen, die aus Kusel, Saarlouis, St. Wendel oder anderen Städten/Kreisverbänden stammten (s. Tab. 4).

Tab.4: Wohnort der Patientinnen nach Stadt-/Kreisverband bzw. Dorf/Stadt						
Stadt-/Kreisverband	gesamt		davon wohnend in			
	n	%	Dorf		Stadt	
			n	%	n	%
Homburg	62	31,6	31	50,0	31	50,0
Kaiserslautern	27	13,8	17	63,0	10	37,0
Kusel	22	11,2	21	95,5	1	4,5
Neunkirchen	10	5,1	6	60,0	4	40,0
Pirmasens	22	11,2	11	50,0	11	50,0
Saarbrücken	10	5,1	5	50,0	5	50,0
Saarlouis	4	2,0	3	75,0	1	25,0
St. Ingbert	8	4,1	5	62,5	3	37,5
St. Wendel	6	3,1	4	66,7	2	33,3
Zweibrücken	8	4,1	3	37,5	5	62,5
andere Städte/Kreisverbände	17	8,7	13	76,5	4	23,5

Die Versicherungsstruktur wurde detailliert ermittelt, aber nachdem die Daten erhoben worden waren, wurden aus Gründen der Übersichtlichkeit größere Versicherungsgruppen gebildet. Der Anteil reiner Privatpatientinnen betrug 13,3%. Er wurde ergänzt durch Privatpatientinnen mit sonstigen Zusatzversicherungen (1,5%) und betrug damit 14,8%. Ausschließlich gesetzlich versicherte Patientinnen stellten mit 71,4% die überwiegende Mehrheit des Untersuchungskollektivs. Zusätzlich fanden sich noch gesetzlich versicherte Patientinnen mit Krankenhaustagegeldversicherung (6,6%), Krankenhaus-Zusatzversicherung (1,5%) und mit sonstigen Zusatzversicherungen (5,6%) (s. Abb. 4).

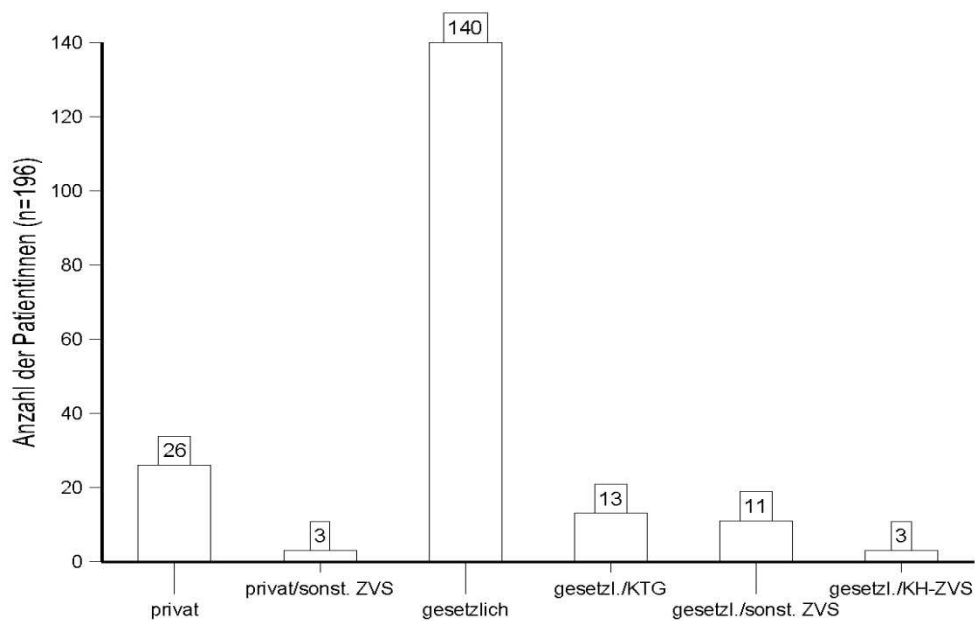


Abbildung 4: Krankenversicherungsstatus der Patientinnen (ZVS = Zusatzversicherung; KTG = Krankenhaus-Tagegeld-Versicherung; KH-Krankenhaus)

Diese fünf Untergruppen des Versichertenstatus wurden zu drei Gruppen zusammengefasst: privat Versicherte (n=29), rein gesetzlich Versicherte (n=140) und gesetzlich Versicherte mit Zusatzversicherung(en) (n=27). Dies erleichterte den Vergleich des Versicherungsstatus mit den anderen soziodemographischen Merkmalen, denn sonst wären aufgrund zu geringer Fallzahlen keine statistischen Vergleiche möglich gewesen. Das mittlere Alter von Patientinnen, die privat, gesetzlich oder gesetzlich mit Zusatzversicherungen versichert waren, unterschied sich nicht statistisch signifikant ($p = 0,2835$).

Wurde der schulische Abschluss in eine Rangreihenfolge gebracht (kein Abschluss = 0 bis Hochschulstudium = 6) und diese Rangreihenfolge mit dem Krankenversicherungsstatus verglichen, so fand sich ein signifikanter Unterschied ($p = 0,0002$) zugunsten der Privatversicherten. Diese wiesen deutlich häufiger ein Hochschulstudium auf (s. Tab. 5). Die Berufstätigkeit unterschied sich graduell zwischen dem Versicherungsstatus, da bei Privatversicherten Beamtinnen, Selbständige und Haus-

frauen häufiger als bei den gesetzlich Versicherten (bzw. zusätzlich zusatz-versicherten) Patientinnen waren. In Bezug auf den Versicherungsstatus spielte der Familienstand ($p = 0,9519$) und der Wohnort ($p = 0,1460$) keine Rolle.

Tab.5: Krankenversicherungsstatus in Abhängigkeit von der Altersklasse, der schulischen Bildung, des Familienstandes und des Wohnortes der befragten Patientinnen						
	Krankenversicherung					
	privat (n=29)		gesetzlich (n=140)		gesetzl. mit ZV ¹⁾ (n=27)	
	n	%	n	%	n	%
<i>Altersklasse:</i>						
bis 20 J	-	-	3	2,1	1	3,7
21-30 J	2	6,9	15	10,7	3	11,1
31-40 J	6	20,7	45	32,1	6	22,2
41-50 J	7	24,2	29	20,7	6	22,2
51-60 J	7	24,1	21	15,0	7	25,9
61-70 J	3	10,3	19	13,6	4	14,9
71-80 J	4	13,8	4	2,9	-	-
81 J und älter	-	-	4	2,9	-	-
<i>Schulische Bildung:</i>						
Keinen Abschluss	-	-	3	2,1	-	-
Hauptschule	7	24,1	57	40,8	10	37,0
Realschule	2	6,9	33	23,6	7	25,9
Weiterführende Schule	4	13,8	31	22,1	5	18,5
Abitur	1	3,5	9	6,4	4	14,9
Studium	15	51,7	7	5,0	1	3,7
<i>Berufliche Tätigkeit:</i>						
Angestellte	3	10,3	69	49,3	13	48,1
Arbeitslose	-	-	5	3,6	-	-
Arbeiterin	-	-	8	5,7	1	3,7
Auszubildende	-	-	-	-	1	3,7
Beamtin	9	31,0	1	0,7	-	-
Hausfrau	11	37,9	35	25,0	8	29,6
Rentnerin	1	3,4	14	10,0	2	7,4
Selbständige	4	13,8	6	4,3	2	7,4
Studentin	1	3,4	2	1,4	-	-
<i>Familienstand:</i>						
Alleinstehend/ledig	3	10,3	9	6,4	2	7,4
Verheiratet/Lebensgem.	22	75,9	112	80,0	22	81,5
Verwitwet/geschieden	4	13,8	19	13,6	3	11,1
<i>Wohnort:</i>						
Dorf	15	51,7	91	65,0	13	48,1
Stadt	14	48,3	49	35,0	14	51,9

¹⁾ gesetzl. m. ZV = gesetzlich versichert mit Zusatzversicherung(en)

4.2. Häufigkeit und Bewertung früherer Krankenhausaufenthalte in der Frauenklinik und anderer Homburger Universitätskliniken

Von den 196 befragten Patientinnen machten 193 verwertbare Angaben bezüglich eines früheren stationären Aufenthaltes in der Universitätsfrauenklinik. 43% (n=83) waren bereits früher einmal in stationärer Behandlung der Frauenklinik gewesen.

79 Patientinnen (40,3%) konnten sogar das Jahr dieses Aufenthaltes benennen. Die Zeitabstände waren z.T. erheblich. Die Mehrzahl der 79 Befragten (77,2%) waren im Zeitraum von 1991-2000 in stationärer Behandlung gewesen (s. Abb.5).



Abbildung 5: 1 Jahr des letzten stationären Aufenthaltes in der Frauenklinik (n=79)

Zufriedenheit im Zeitverlauf

Bei 76 Patientinnen war ein vorheriger Aufenthalt in der Frauenklinik Homburg bekannt. Die Patientinnen waren zu unterschiedlichen Zeitpunkten (1991-2001) in der Klinik gewesen. Aufgrund der starken Ungleichverteilung der Fälle mussten

verschiedene Zeiträume (1957-1980; 1981-1990; 1991-2001) gewählt werden. Die Zufriedenheit der Patientinnen mit dem damaligen stationären Aufenthalt war nicht signifikant ($p = 0,1315$) verschieden, aber es zeigte sich, dass bei den sechs Patientinnen, die im Jahre 1957-1980 stationär gewesen waren (Bewertung: $2,5 \pm 1,0$ Punkte; Median 2,5 Punkte; Minimum 1 Punkt; Maximum 4 Punkte) die schlechteste Zufriedenheit im Vergleich zu den acht Patientinnen, die in den Jahren 1981-1990 (Bewertung: $1,5 \pm 0,7$ Punkte; Median 1 Punkt; Minimum 1 Punkt; Maximum 4 Punkte) stationär gewesen waren, bzw. zu den 61 Frauen, die im Zeitraum 1991-2001 (Bewertung: $1,8 \pm 0,9$ Punkte; Median 2 Punkte; Minimum 1 Punkt; Maximum 4 Punkte) in der Frauenklinik gewesen waren. Tendenziell, jedoch noch nicht statistisch signifikant, war deshalb die Zufriedenheit über die Jahre verbessert worden (siehe Abb.6).

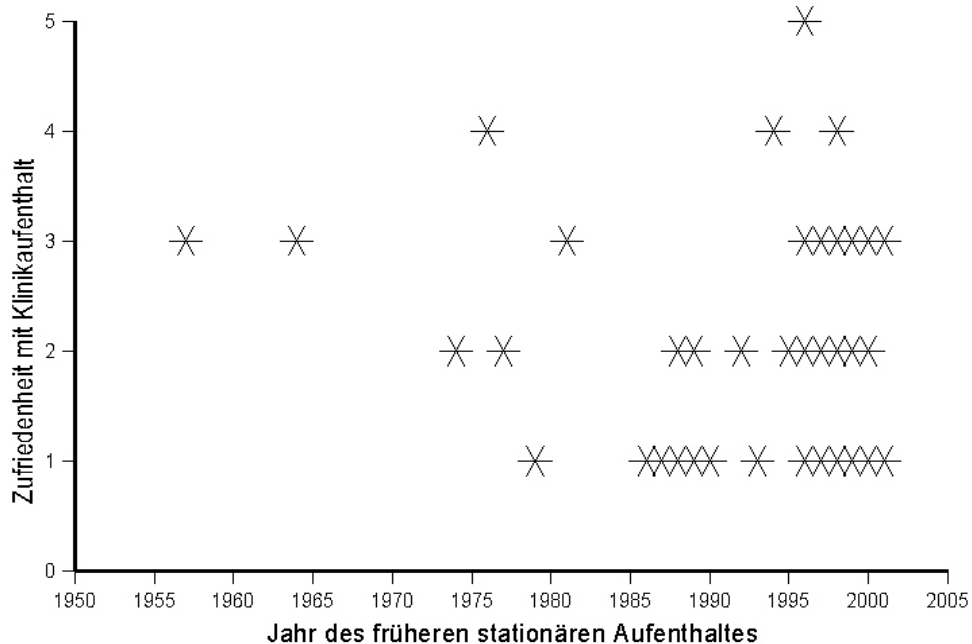


Abbildung 6: Zufriedenheit der Patientinnen (n=76) bei früheren Klinikaufenthalten in der Frauenklinik auf einer Skala von 1 (sehr zufrieden) bis 6 (völlig unzufrieden)

Über die Art der zum damaligen stationären Aufenthalt führenden Erkrankung machten nur 76 Patientinnen verwertbare Angaben. Am häufigsten waren die Frauen wegen einer Geburt (n=23; 30,3%) oder Sectio (n=5; 6,6%) stationär gewesen. Am zweithäufigsten waren Karzinome die Ursache gewesen, wobei Mammakarzinome (n=11; 14,5%), nicht-gynäkologische Karzinome (n=5; 6,6%), Unterleibs- und Ovarialkarzinome sowie Carcinoma in situ (je n=1; 1,3%) vorhanden waren. Die Angaben hierzu waren jedoch insgesamt so heterogen, dass eine Klassifizierung nicht möglich war. Die Diagnosen deckten aber ein breites gynäkologisches Spektrum ab (u.a.: Brustkrankung, Extrauterin gravidität, Hyperemesis, Hysterektomie, Pneumonie, unklare Blutung, Unterleibserkrankung).

Von den 196 Patientinnen machten 64 Frauen (32,6%) verwertbare Angaben über die Anzahl der früheren stationären Aufenthalte in der Universitätsfrauenklinik. Im Mittel lag die Zahl der früheren Aufenthalte bei $3,3 \pm 2,7$ (Median 3 Aufenthalte) und schwankte zwischen 1-15 Aufenthalten (s. Abb.7). Am häufigsten waren die Frauen zweimal (35,9%) oder dreimal (28,1%) stationär gewesen.

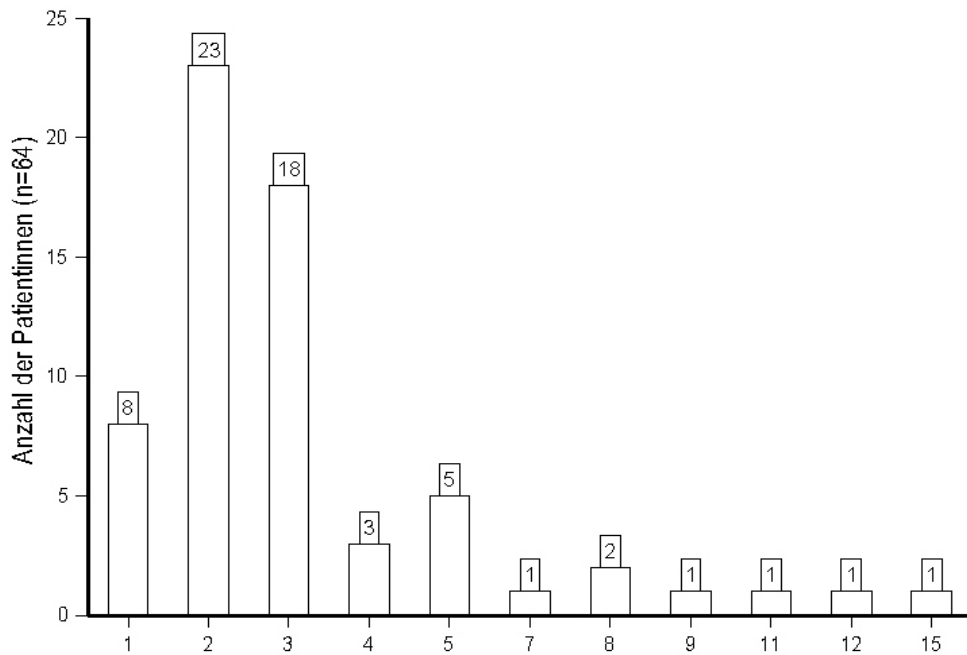


Abbildung 7: Anzahl früherer stationärer Aufenthalte in der Frauenklinik (n=64)

Die Zufriedenheit mit dem damaligen stationären Aufenthalt in der Frauenklinik bewerteten 80 Patientinnen auf einer Notenskala von 1 (sehr zufrieden) bis 6 (sehr unzufrieden). Die Durchschnittsnote lag bei $1,8 \pm 0,9$ Punkten (Median 2 Pkt) und schwankte zwischen 1-5 Punkten. Insgesamt waren 46,3% sehr zufrieden gewesen, 32,5% waren gut zufrieden und 15% zufrieden gewesen. 4 Patientinnen (5%) waren mit dem damaligen Aufenthalt mäßig zufrieden und eine Patientin (1,3%) war unzufrieden. Vollkommen unzufrieden (Notenstufe 6) war keine Patientin gewesen (siehe Abb.8).

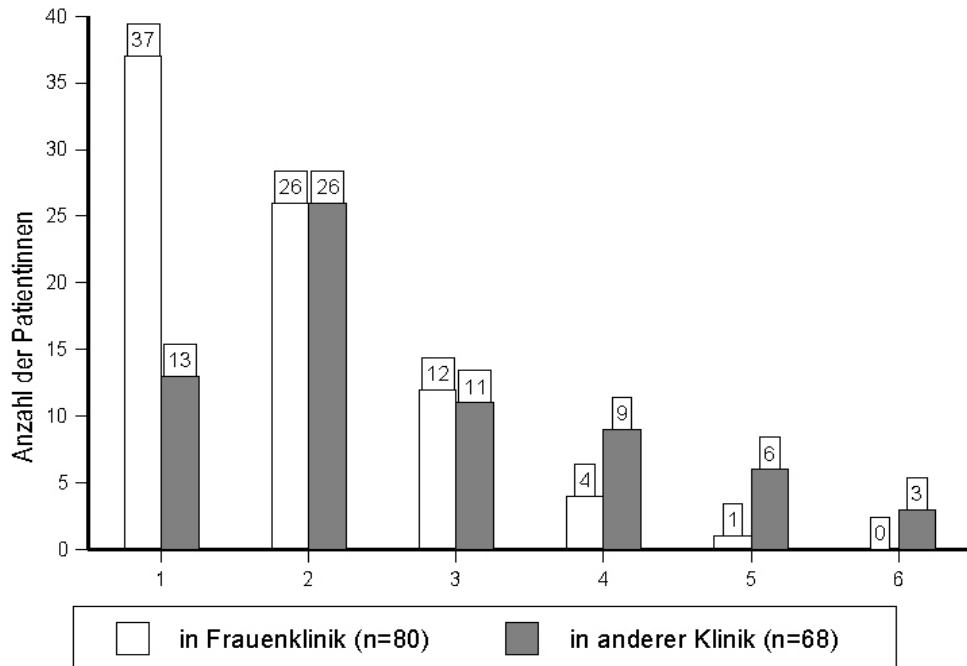


Abbildung 8: Bewertung des früheren stationären Aufenthaltes in der Frauenklinik (n=80) bzw. in einer anderen Klinik auf dem Universitätsgelände (n=68) auf einer Notenskala von 1 (sehr zufrieden) bis 6 (vollkommen unzufrieden)

Es wurde auch nachgefragt, ob die Patientinnen in einer anderen Klinik auf dem Homburger Universitätsgelände in der Vergangenheit stationär aufgenommen gewesen waren. Zu dieser Frage machten 191 Patientinnen verwertbare Angaben und es zeigte sich, dass von diesen Frauen insgesamt 69 Patientinnen (36,1%) bereits in einer anderen Klinik behandelt worden waren. Von diesen 69 Patientinnen wiederum machten 68 Frauen Angaben über ihre damalige Zufriedenheit mit der Klinik. Sie vergaben hier eine deutlich schlechtere Benotung von im Mittel $2,6 \pm 1,9$ Punkten (Median 2 Punkte, Minimum 1 Punkt, Maximum 6 Punkte). Die Bewertung der Zufriedenheit war in der Frauenklinik signifikant positiver ($p < 0,001$) als in den anderen Kliniken auf dem Universitätsgelände.

Allerdings handelte es sich bei den 80 Frauen, die in der Frauenklinik stationär aufgenommen waren, und den 68 Frauen, die in einer anderen Universitätsklinik stationär waren, nur in 31 Fällen um die gleichen Patientinnen. Es wurde deshalb untersucht, ob bei diesen 31 Patientinnen ebenfalls ein Unterschied der Zufriedenheit mit dem früheren Klinikaufenthalt in der Frauenklinik und in anderen Universi-

tätskliniken bestand, da hier eine direkte Vergleichsmöglichkeit zwischen den Kliniken gegeben war.

Der frühere Aufenthalt in der Frauenklinik wurde mit einer Durchschnittsnote von $1,8 \pm 0,9$ Punkten (Median 2 Punkte) bewertet, wobei die Noten zwischen 1-5 schwankten. Der frühere Aufenthalt in einer anderen Universitätsklinik wurde nur mit einer Note von im Mittel $2,3 \pm 1,2$ Punkten (Median 2 Punkte) bewertet, die zwischen 1-6 schwankte. Der Unterschied war fast statistisch signifikant ($p = 0,0627$). Die Abbildung 9 zeigt deutliche Unterschiede der Zufriedenheit. In der Frauenklinik waren 80,6% sehr zufrieden oder gut zufrieden gewesen, während der Prozentsatz bei anderen Universitätskliniken nur bei 70,9% lag (s. Abb. 9).

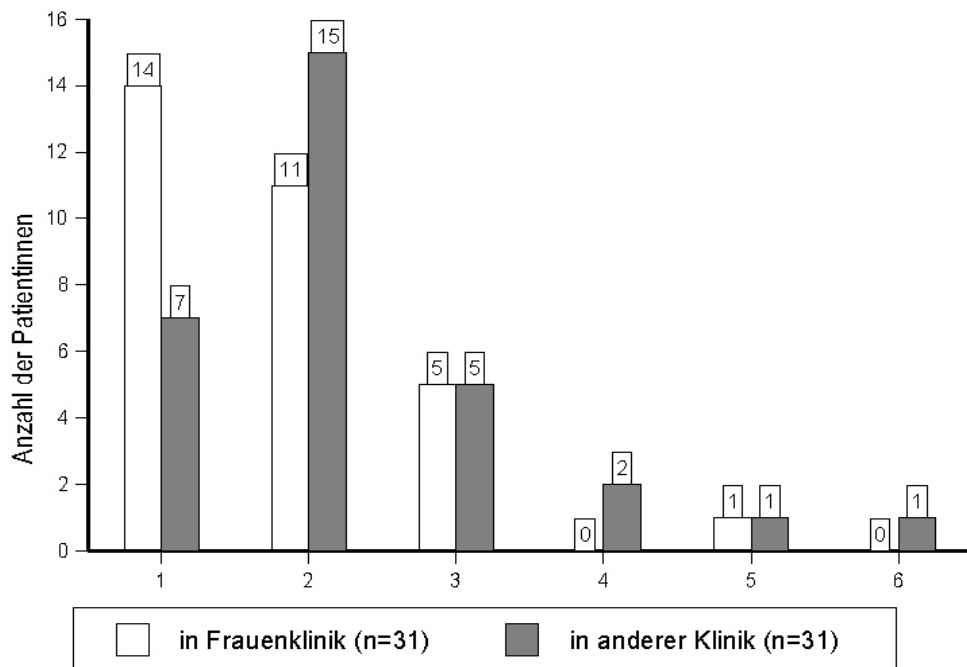


Abbildung 9: Bewertung des früheren Aufenthaltes in der Frauenklinik oder einer anderen Universitätsklinik bei 31 Patientinnen, die sowohl in der Universitätsfrauenklinik als auch einer anderen Universitätsklinik stationär gewesen waren; Bewertung auf einer Notenskala von 1 (sehr zufrieden) bis 6 (vollkommen unzufrieden)

Diese 31 Frauen, die sowohl früher bereits einmal in der Frauenklinik als auch einmal in einer anderen Klinik auf dem Universitätsgelände stationär aufgenommen

gewesen waren, wurden hinsichtlich ihrer jeweiligen Zufriedenheit auf einer Skala von 1 (sehr zufrieden) bis 6 (vollkommen unzufrieden) analysiert. Die Frauen bewerteten ihren aktuellen Aufenthalt in der Frauenklinik in der Gesamtbewertung mit $1,5 \pm 0,6$ Punkten (Median 1 Punkt; Minimum 1 Punkt; Maximum 3 Punkte) und waren somit sehr zufrieden. Den früheren Aufenthalt in der Frauenklinik bewerteten sie mit durchschnittlich $1,8 \pm 0,9$ Punkten (Median 2 Punkte; Minimum 1 Punkt; Maximum 5 Punkte) etwas schlechter, aber der Unterschied war noch nicht signifikant ($p = 0,1005$). Der frühere Aufenthalt in einer anderen Klinik auf dem Universitätsgelände wurde mit $2,3 \pm 1,2$ Punkten (Median 2 Punkte; Minimum 1 Punkt; Maximum 6 Punkte) im Vergleich zum aktuellen Aufenthalt signifikant negativer ($p = 0,0009$) bewertet, während die Diskrepanz zwischen dem früheren Aufenthalt in der Frauenklinik und jenem in einer anderen Universitätsklinik fast signifikant ausfiel ($p = 0,0627$), siehe Abbildung 10.

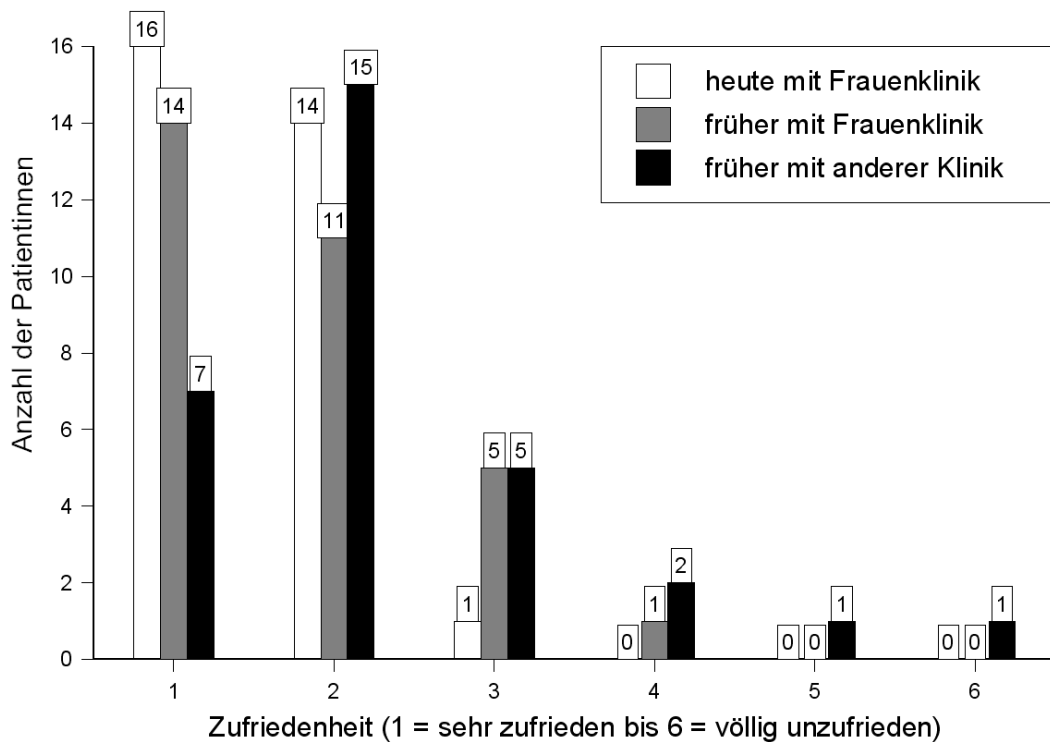


Abbildung 10: Vergleich der Zufriedenheit mit dem aktuellen Klinikaufenthalt bei 31 Patientinnen, die bereits sowohl in der Frauenklinik als auch in einer anderen Klinik auf dem Universitätsgelände stationär gewesen waren

4.3. Charakterisierung des aktuellen Aufenthaltes in der Frauenklinik sowie Kriterien für die Klinikauswahl durch die Patientin

Die Aufenthaltsdauer in der Klinik (An- und Abreisetag wurden als ein Tag gewertet) wurde von 169 Patientinnen angegeben. Sie lag im Mittel bei $10,6 \pm 8,6$ Tagen (Median 9 Tage) und reichte von 1-60 Tage.

Von den 196 befragten Patientinnen machten 183 Angaben darüber, auf welcher Station der Frauenklinik sie lagen. 95 (51,9%) lagen auf der Station FR01, 85 (46,4%) auf der Station FR02 und drei Patientinnen (1,5%) gaben an, zunächst auf FR01 und dann auf FR02 stationär gewesen zu sein.

Die für die aktuelle stationäre Behandlung ursächliche Erkrankung konnte von 168 Patientinnen in Freitextform angegeben werden. Am häufigsten waren Patientinnen mit Mammakarzinom (n=18; 10,7%), Hysterektomie (n=15; 8,9%), Myomentfernung (n=8; 4,8%), Abrasio und Brustoperation (jeweils n=7; 4,2%), Endometriose und Mammaknoten (n=6; 3,6%) und Extrauterin gravidität (n=5; 3%).

Jeweils vier Patientinnen (2,4%) waren wegen Schwangerschaft, Brusterkrankung oder einer nicht näher angegebenen Operation stationär.

Drei Patientinnen (jeweils 1,8%) mussten wegen einer Chemotherapie, Karzinom allgemein, Mamma-PE, Uterusentfernung, Konisation, Sterilisation in stationäre Behandlung.

Jeweils zwei Fälle (je 1,2%) waren aufgrund von Geburt, metastasierendem Mammakarzinom, Unterleibserkrankung, Operation des Uterus und der Ovarien, vorzeitige Wehentätigkeit, Blutungen während der Schwangerschaft, Laparoskopie und Totaloperation, Ovarialtumor, Zyste, Blaseninkontinenz, plastische Operation, Harnwegsinfektion, Kinderwunsch und Probleme während der Schwangerschaft stationär aufgenommen worden.

In jeweils einem Fall (je 0,6%) waren Laparoskopie, Ovarialzyste, Totaloperation, Uteruserkrankung, Ovarialabszess, Bauchbeschwerden, Tumor, unklare Blutung, Blase- und Uteruserkrankung, Biopsie, Fehlgeburt, Schwangerschaft, Sectio,

Cervixinsuffizienz, Vaginaltumor, Aszites, Frühgeburt, Laparoskopie, zur Diagnostik einer Erkrankung, Abrasio und Sterilisation, Adnextumor, Unterleibsverwachsungen, CMV-Infektion, Operation wegen Gewebsverwachsungen, Fibroadenom, Knochentumor, Öffnung des Muttermundes, Vorfall, Schwangerschaftshypertrophie und Deszensus der Aufnahmegrund.

Auf die Frage, ob die Aufnahme wegen eines Kinderwunsches erfolgt sei, antworteten 170 Patientinnen, wobei nur 12 (7,1%) diese Frage bejahten.

Die Patientinnen wurden danach gefragt, ob sie wegen einer bösartigen Erkrankung aufgenommen worden waren, und es machten hierzu 183 Frauen verwertbare Angaben. In 53 Fällen (27%) war eine bösartige Frauenerkrankung die Aufnahmeursache. Weitere 162 Frauen machten Angaben dahingehend, ob eine andere Frauenerkrankung die Ursache für die stationäre Aufnahme gewesen war und auch hier bejahten dies 87 Frauen (53,7%).

Das Jahr der Erstdiagnose des jeweiligen Leidens konnte von 145 Patientinnen angegeben werden. Es lag zwischen dem Jahr 1985 und 2001. Die meisten Frauen hatten ihre Diagnose in den Jahren 2001 (32,4%), 2000 (45,5%) oder 1999 (9,7%) erhalten (s. Abb.11).

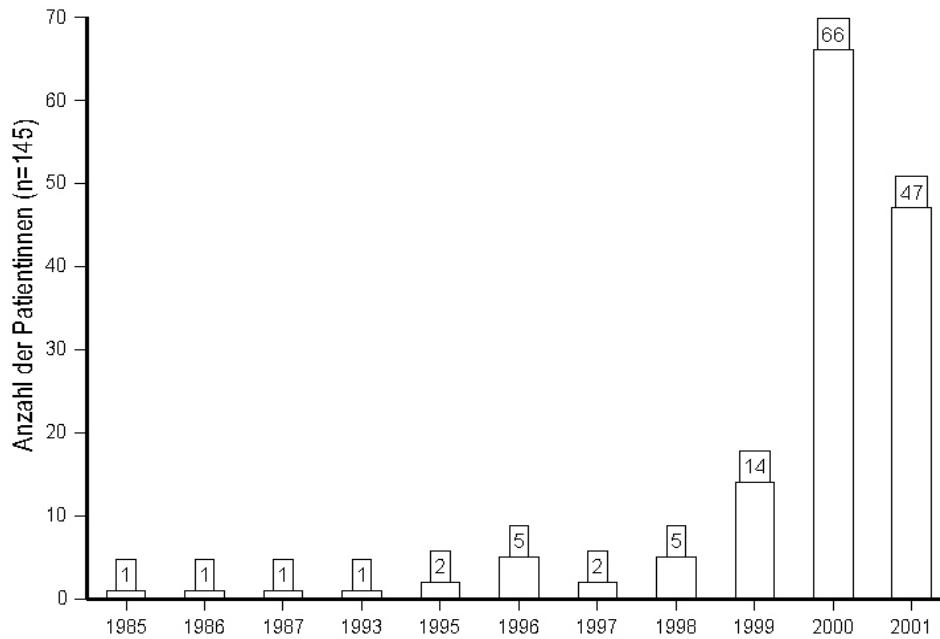


Abbildung 11: Diagnosejahr der zur aktuellen stationären Aufnahme führenden Grunderkrankung (n=145)

Als Kriterien, die die befragten Patientinnen zur Wahl der Frauenklinik als Behandlungsort bewogen, wurden 12 Items angeboten. Die Konstruktion des Erhebungsbogens ließ aber keine "nein"-Antwort zu, sondern bewertete lediglich, ob das Item angekreuzt worden war oder nicht. Die fachliche Qualifikation der Frauenklinik ist für die meisten Patientinnen (55,6%) das zentrale Entscheidungskriterium. Am zweitwichtigsten (40,3%) ist die Empfehlung durch den/die niedergelassene(n) Frauenarzt/-ärztin, während demgegenüber der/die niedergelassene(n) Hausarzt/-ärztin (12,2%) oder Empfehlung durch Bekannte (22,4%) eine deutlich geringere Rolle spielten. Jeweils etwa ein Drittel der Befragten hatte sich bei ihrer Behandlungsauswahl durch den bequemen Standort bzw. dessen gute Erreichbarkeit beeinflussen lassen. Ein Drittel der Befragten fand die gute technische bzw. apparative Ausstattung wichtig bzw. entschied sich aufgrund guter Erfahrungen mit der Universitätsklinik sowie aufgrund von Empfehlungen durch Bekannte für die Behandlung in der Frauenklinik (s. Tab. 6).

Tab.6: Kriterien, die die Patientinnen bewogen, die Frauenklinik auszuwählen (Mehrfachantworten möglich)		
Bewertung	n	%
Hatte keine andere Wahl	14	7,1
Bequemer Standort, gute Erreichbarkeit	66	33,7
Niedergelassene(r) Frauenarzt/-ärztin hat mich hierher geschickt	79	40,3
Niedergelassene(r) Hausarzt/-ärztin hat mich hierher geschickt	24	12,2
Ich bin bereits in ambulanter Betreuung der Uniklinik	49	25,0
Fachliche Qualifikation	109	55,6
Gute technische/apparative Ausstattung	63	32,1
Moderne Ausstattung des Operationssaales	36	18,4
Gute Erfahrung mit der Uniklinik	71	36,2
Zimmerausstattung	41	20,9
Empfehlung durch Bekannte	44	22,4
Andere Gründe	15	7,7

Um die Bedeutung ausgewählter Entscheidungskriterien, die die Befragten zur stationären Aufnahme in die Frauenklinik führten, zu ermitteln, wurde eine Rangnoten-Skala verwendet, die von "wichtig" (Note 1) bis "unwichtig" (Note 6) reichte. Die angebotenen 9 Items wurden in unterschiedlicher Intensität angekreuzt. Rein bezogen auf die Bewertung des jeweiligen Items ist zu erkennen, dass die Qualifikation der Klinikärzte/-ärztinnen die größte Bedeutung für die Klinikwahl hat. Ebenso von hoher Relevanz sind eigene gute Erfahrung mit der Universitätsklinik sowie die Ausstattung des Operationssaales und die Qualifikation von Schwestern/Pflegern. Ein bequemer, gut erreichbarer Standort ist ebenso von Bedeutung wie das Vorhandensein anderer Fachbereiche auf dem Klinikgelände. Allerdings ist die Empfehlung der Frauenklinik durch den/die Frauenarzt/-ärztin vergleichsweise von noch etwas stärkerer Relevanz. Am geringsten ist die Rolle der Empfehlung durch Bekannte (s. Tab.7).

Tab.7: Wichtigkeit von Entscheidungskriterien für die Wahl der Behandlung in der Frauenklinik; Bewertung auf einer Skala von 1 (sehr wichtig) bis 6 (unwichtig)				
Kriterium	n	MW \pm SD	Median	Min-Max
Bequemer Standort, gute Erreichbarkeit	132	2,4 \pm 1,7	2,0	1 - 6
Empfehlung des/der Frauenarztes/-ärztin	123	2,1 \pm 1,5	1,0	1 - 6
Empfehlung durch Bekannte	94	3,0 \pm 1,9	3,0	1 - 6
Ausstattung des Operationssaales	89	1,9 \pm 1,3	2,0	1 - 6
Klinikärzte/-ärztinnen	129	1,4 \pm 1,1	1,0	1 - 6
Schwestern/Pfleger	129	1,9 \pm 1,3	1,0	1 - 6
Andere Fachbereiche auf dem Gelände	92	2,3 \pm 1,5	2,0	1 - 6
Gute Erfahrung mit der Uniklinik	114	1,8 \pm 1,2	1,0	1 - 6
Zimmerausstattung	125	2,1 \pm 1,3	2,0	1 - 6

4.4. Bewertung der Aufnahme-prozedur und der Ambulanz der Klinik

Die Kompetenz der bei der Aufnahme der Patientinnen beteiligten Institutionen wurde in unterschiedlicher Dichte bewertet. Zwar lag die Kompetenz von Pförtner, Anmeldung/Verwaltung sowie dem Pflegepersonal auf Station jeweils in einem ähnlichen Bereich (Bewertung im Durchschnitt als kompetent), jedoch machten gerade bei der Institution des Pförtners nur wenige Patientinnen verwertbare Angaben (s. Tab. 8).

Tab.8: Unterstützung der Patientin bei der Krankenhausaufnahme durch verschiedene Institutionen; Bewertung der Kompetenz der Institutionen auf einer Skala von 1 (sehr kompetent) bis 6 (vollkommen inkompetent)				
Kompetenz der Institution	n	MW \pm SD	Median	Min-Max
Pförtner	52	1,9 \pm 1,3	1,5	1 - 6
Anmeldung (Verwaltung)	116	1,9 \pm 1,0	2,0	1 - 6
Schwestern/Pfleger auf Station	165	1,8 \pm 1,1	1,0	1 - 6

Die Zufriedenheit mit dem Pflegepersonal bei der Aufnahme auf die Stationen FR01 und FR02 der Frauenklinik wurde verglichen. Es zeigte sich kein signifikanter Unterschied ($p = 0,1975$) zwischen den 80 Patientinnen der Station FR01 und den 73 Patientinnen der Station FR02.

159 Patientinnen machten Angaben, wie lange Sie am Aufnahmetag auf einen/ eine Arzt/Ärztin warten mussten. Die Zeitspanne belief sich im Durchschnitt auf 142 ± 130 Minuten (Median 120 Minuten) und schwankte zwischen 0-540 Minuten. Zwischen den beiden Stationen der Frauenklinik fand sich diesbezüglich kein signifikanter Unterschied ($p = 0,1067$).

Die Zeitspanne, bis die Patientinnen ihr Zimmer am Aufnahmetag beziehen konnten, lag bei durchschnittlich 113 ± 151 Minuten (Median 60 Minuten) und schwankte zwischen 0-420 Minuten (in einem Fall erfolgte die Aufnahme erst am nächsten Tag). Auch hier gab es keinen Unterschied zwischen beiden Stationen der Frauenklinik ($p = 0,5902$).

Die Patientinnen wurden nach ihren Erwartungen gegenüber der Organisation in der Ambulanz gefragt und gaben hierzu in unterschiedlicher Intensität Antworten. Auf einer sechs Notenden umfassenden Skala von sehr wichtig (1) bis unwichtig (6) bewerteten sie die Zeit und Zuwendung bei der Untersuchung durch den Arzt als sehr wichtig. Etwas weniger wichtig war den Patientinnen, ob die Ärzte/Ärztinnen in der Ambulanz wechselten oder ob kurze Wartezeiten bestanden. Mehr ärztliches Personal wurde als am wenigsten wichtig erwartet (s. Tab. 9).

Tab.9: Wie wichtig finden die Befragten kurze Wartezeiten, keine wechselnden Ärzte, mehr Ärzte/Ärztinnen und Zeit/Zuwendung bei der Untersuchung in der Ambulanz; Bewertung auf einer Skala von 1 (sehr wichtig) bis 6 (unwichtig)				
Kriterium	n	MW \pm SD	Med.	Min-Max
Kurze Wartezeiten	165	1,8 \pm 0,9	2,0	1 - 6
Keine wechselnden Ärzte/-Ärztinnen	146	1,6 \pm 0,8	1,0	1 - 4
Mehr Ärzte/Ärztinnen.	104	2,2 \pm 1,3	2,0	1 - 6
Zeit/Zuwendung bei der Untersuchung	176	1,2 \pm 0,5	1,0	1 - 4

Die tatsächliche Zufriedenheit mit den Leistungen der Ambulanz der Frauenklinik im Hinblick auf Wartezeit, Zeit bzw. Zuwendung bei der Untersuchung sowie des Organisationsablaufes wurde auf einer sechsstufigen Skala von sehr zufrieden (1) bis vollkommen unzufrieden (6) erfasst. Es zeigte sich, dass die Zeit bzw. ärztliche Zuwendung während der Untersuchung am positivsten bewertet wurde, während der Organisationsablauf die Patientinnen gut zufriedenstellte. Mit den Wartezeiten waren die Patientinnen im Mittel nur noch zufrieden (s. Tab. 10).

Tab.10: Zufriedenheit mit der Ambulanz hinsichtlich Wartezeit, Zeit/ Zuwendung bei der Untersuchung und Organisation des Ablaufes; Bewertung auf einer Skala von 1 (sehr zufrieden) bis 6 (vollkommen unzufrieden)				
Kriterium	n	MW \pm SD	Med.	Min-Max
Kurze Wartezeiten	170	2,9 \pm 1,4	3,0	1 - 6
Zeit/Zuwendung bei der Untersuchung	173	1,7 \pm 0,9	2,0	1 - 6
Organisationsablauf in der Ambulanz	166	2,1 \pm 1,0	2,0	1 - 6

Um herauszufinden, ob sich die ursprünglichen Erwartungen an die Wartezeit in der Ambulanz bzw. an die Zeit und Zuwendung bei der ärztlichen Untersuchung von der tatsächlichen Zufriedenheit mit diesen Leistungen unterschied, wurden jeweils jene Patientinnen selektiert, die zu beiden Erhebungsparametern Angaben gemacht hatten. 159 Patientinnen hatten sowohl Angaben zu ihren Erwartungen als auch zu ihrer Zufriedenheit mit der Wartezeit in der Ambulanz geäußert. Die durchschnittliche Erwartung lag bei $1,8 \pm 0,9$ Punkten (Median 2 Punkte) und schwankte zwischen 1-6 Punkten, während die tatsächliche Zufriedenheit mit den Wartezeiten in der Ambulanz bei $2,9 \pm 1,4$ Punkten (Median 3 Punkte; Minimum 1 Punkt; Maximum 6 Punkte) lag. Der Unterschied war statistisch signifikant ($p < 0,0001$), so dass die Wartezeiten in der Ambulanz nicht den Erwartungen der Patientinnen entsprachen hatten und deutlich zu lang waren (s. Abb. 12).

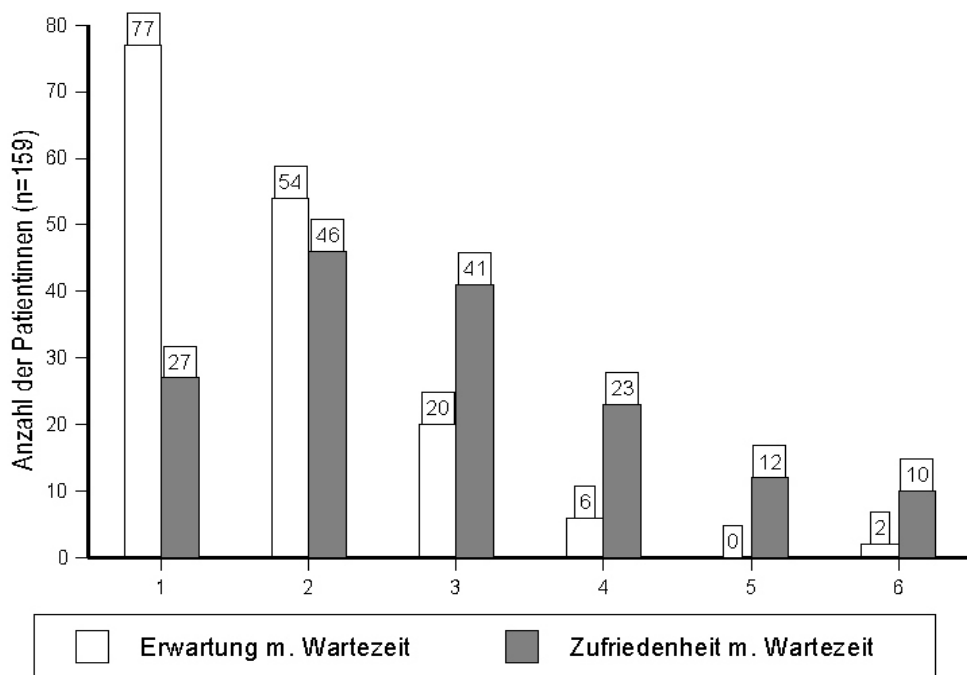


Abbildung 12: Erwartungen an die Wartezeit und die tatsächliche Zufriedenheit mit der Wartezeit in der Ambulanz der Frauenklinik (n=159)

Es wurde zusätzlich ermittelt, ob die ursprünglichen Erwartungen an die Wartezeit mit der tatsächlichen Zufriedenheit über die Wartezeit entsprachen hatten. Bei 53 Patientinnen (33,3%) war die Erwartung mit der Zufriedenheit identisch, bei 15 Pa-

tientinnen (9,4%) war die Zufriedenheit positiver als die Erwartungen ausgefallen, während bei 91 Patientinnen (57,3%) die ursprünglichen Erwartungen enttäuscht wurden.

Eine analoge Auswertung wurde für die Erwartungen und die tatsächliche Zufriedenheit im Hinblick auf die Zeit/Zuwendung im Rahmen der ärztlichen Untersuchung/Behandlung in der Ambulanz durchgeführt.

165 Patientinnen hatten zu beiden Bereichen Angaben gemacht. Die durchschnittliche Erwartung lag bei $1,2 \pm 0,5$ Punkten (Median 1 Punkt) und schwankte zwischen 1-4 Punkten, während die tatsächliche Zufriedenheit bei $1,7 \pm 1,0$ Punkten (Median 2 Punkte; Minimum 1 Punkt; Maximum 6 Punkte) lag. Der Unterschied war statistisch signifikant ($p < 0,0001$), so dass auch hier die Erwartungen nicht mit der Zufriedenheit der Patientinnen übereinstimmte, sondern letztere schlechter war (siehe Abb. 13).

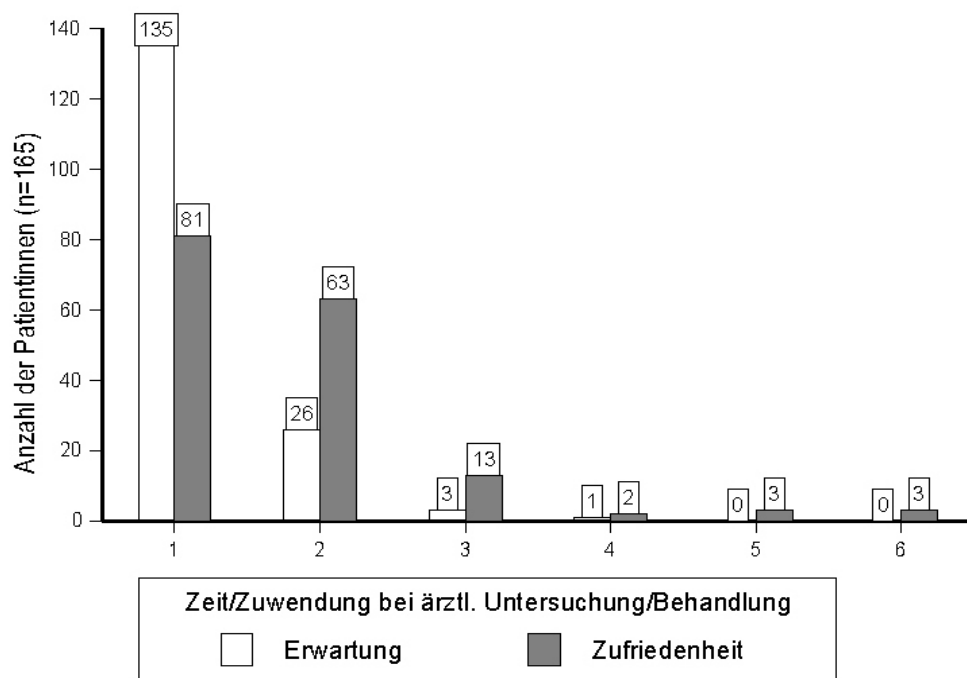


Abbildung 13: Erwartungen an die Zeit/Zuwendung bei der ärztlichen Untersuchung in der Ambulanz der Frauenklinik (n=165)

Es wurde zusätzlich ermittelt, ob die ursprünglichen Erwartungen an die Zeit/Zuwendung bei der ärztlichen Untersuchung/Behandlung mit der tatsächlichen Zufriedenheit übereinstimmen. Bei 90 Patientinnen (54,5%) war dies der Fall, bei 11 Patientinnen (6,6%) war die Zufriedenheit sogar höher als die ursprüngliche Erwartung. Bei 64 Patientinnen (38,9%) waren die ursprünglichen Erwartungen jedoch enttäuscht worden.

4.5. Zufriedenheit mit Krankheitsaufklärung, Behandlung, Visite und einzelnen medizinischen Berufsgruppen

Im Rahmen der Krankheitsaufklärung war das Einzelgespräch mit dem Arzt für die Patientinnen sehr wichtig. Weniger von Bedeutung war die zusätzliche Anwesenheit von Angehörigen, dem (Ehe-)Partner oder einer Begleitperson. Die zusätzliche Anwesenheit von Schwestern/ Pflägern wurde als nicht so wichtig eingestuft (s. Tab. 11).

Die 143 Patientinnen, die alle drei in der Tabelle 11 aufgeführten Kriterien der Krankheitsaufklärung bewertet hatten, zeigten einen signifikanten Unterschied ($p < 0,001$) der drei Items. Analog zur Gesamtauswertung wurde an erster Stelle das Einzelgespräch mit dem Arzt (94,4%), an zweiter Stelle die zusätzliche Anwesenheit von Angehörigen/ (Ehe-)Partner/Begleitpersonen (34,3%) und an dritter Stelle die zusätzliche Anwesenheit von Pflegepersonal (17,5%) genannt.

Tab.11: Beurteilung von Kriterien zur Krankheitsaufklärung im Gesamtkollektiv (153 bis 187 pro Item) bzw. in der Untergruppe mit vollständiger Beurteilung aller drei Items (n=143); Bewertung auf einer Skala von 1 (sehr wichtig) bis 6 (vollkommen unwichtig)				
Kriterium (alle Patientinnen)	n	MW \pm SD	Median	Min-Max
Einzelgespräche mit dem Arzt	187	1,0 \pm 0,3	1,0	1 - 4
Anwesenheit von Schwester/Pfleger	153	2,9 \pm 1,6	3,0	1 - 6
Anwesenheit von Angehörigen u.a.	167	2,2 \pm 1,5	2,0	1 - 6
Kriterium (Teilgruppe n=143)	n	MW \pm SD	Median	Min-Max
Einzelgespräche mit dem Arzt	143	1,0 \pm 0,3	1,0	1 - 4
Anwesenheit von Schwester/Pfleger	143	3,0 \pm 1,6	3,0	1 - 6
Anwesenheit von Angehörigen u.a.	143	2,4 \pm 1,5	2,0	1 - 6

Die nachfolgende Abbildung 14 zeigt die Daten der einzelnen Bewertungsstufen der Items für die 143 Patientinnen, die zu allen drei Items gleichzeitig Angaben machten.

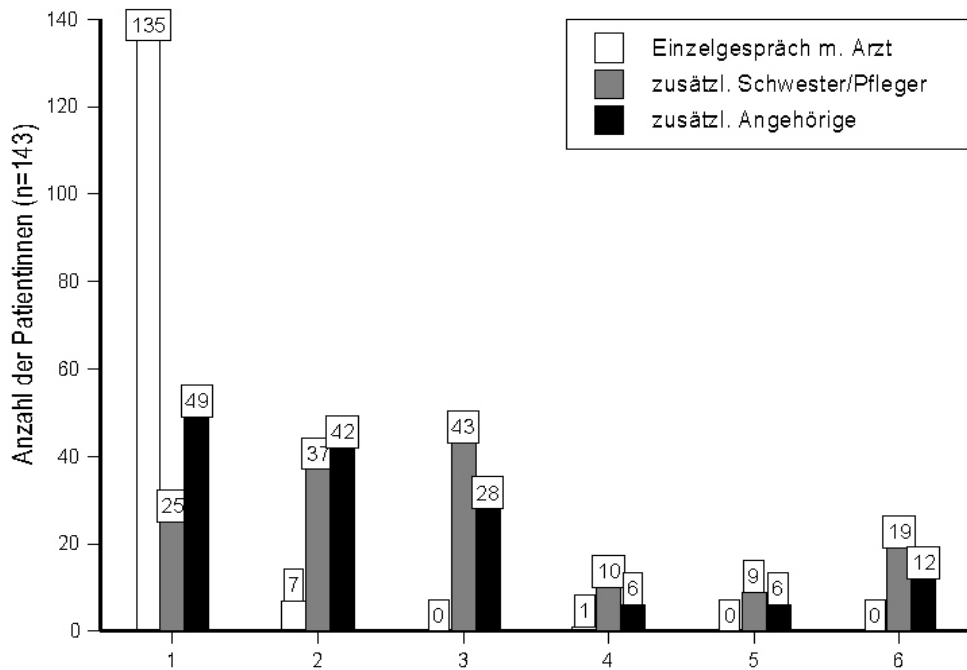


Abbildung 14: Bewertung der Wichtigkeit des Einzelgesprächs mit dem Arzt, der zusätzlichen Anwesenheit von Angehörigen/(Ehe-)Partner/Begleitperson oder Pflegepersonal bei Patientinnen mit vollständigen Angaben zu allen drei Items (n=143); Bewertung auf einer Skala von 1 (sehr wichtig) bis 6 (vollkommen unwichtig).

Fragen nach bestimmten Aspekten der Behandlung wurden von unterschiedlich vielen Patientinnen bewertet. Allgemein wurden die Bemühungen von ärztlicher und pflegerischer Seite sehr positiv beurteilt. Speziell nach dem Eingehen auf persönliche Wünsche oder Abgrenzung/Diskretion befragt, wurde eine zufriedenstellende Bewertung abgegeben, jedoch lag diese schlechter als jene für allgemein gestellte Fragen. Die individuelle Anwendung von Schmerzmitteln wurde mit sehr gut bewertet (s. Tab.12).

Tab.12: Zufriedenheit mit Diskretion, Berücksichtigung persönlicher Wünsche, ärztlichen und pflegerischen Bemühungen, Einbeziehung des Partners und Gabe von Schmerzmitteln; Bewertung auf einer Skala von 1 (sehr zufrieden) bis 6 (vollkommen unzufrieden)				
Kriterium	n	MW \pm SD	Med	Min-Max
Diskretion/Abgrenzung zu anderen Patientinnen	164	2,2 \pm 1,1	2,0	1 - 6
Eingehen auf persönliche Wünsche	175	2,0 \pm 1,2	2,0	1 - 6
Bemühungen des Pflegepersonals	186	1,8 \pm 1,2	1,0	1 - 6
Bemühungen von ärztlicher Seite	186	1,6 \pm 0,9	1,0	1 - 6
Einbeziehung des Partners/Begleitp.	134	2,1 \pm 1,5	2,0	1 - 6
Individ. Anwenden von Schmerzmitteln	147	1,8 \pm 1,0	2,0	1 - 6

Die Tabelle 13 zeigt nochmals eine sehr gute Zufriedenheit mit den Ärzten/-innen und dem Pflegepersonal. Seelsorger und Psychologen wurden nach der Anzahl der gegebenen Antworten scheinbar nur von wenigen Patientinnen in Anspruch genommen und ihre Leistungen wurden als gut zufriedenstellend bis zufriedenstellend bewertet. Sie rangierten damit ähnlich hoch wie Reinigungskräfte, Empfangspersonal oder Krankenwagenfahrer. In dieser Untergruppe aus sonstigem Personal wurde das Empfangspersonal wiederum am positivsten bewertet (s. Tab. 13).

Tab.13: Zufriedenheit der Patientinnen mit unterschiedlichen Personengruppen in der Klinik; Bewertung auf einer Skala von 1 (sehr zufrieden) bis 6 (vollkommen unzufrieden)				
Personengruppen	n	MW \pm SD	Median	Min-Max
Stationsschwestern/-Pfleger	189	1,7 \pm 1,1	1,0	1 - 6
Schwestern in der Ambulanz	151	1,6 \pm 0,7	1,0	1 - 4
Schwesternschülerinnen/Pflegeschüler	159	1,6 \pm 0,7	1,0	1 - 6
OP-Schwestern/-Pfleger	146	1,4 \pm 0,6	1,0	1 - 4
Anästhesie-Schwestern/-Pfleger	145	1,3 \pm 0,5	1,0	1 - 4
Stationsärzte/-ärztinnen	182	1,4 \pm 0,8	1,0	1 - 6
Oberärzte und Chefarzt	166	1,5 \pm 0,9	1,0	1 - 6
Narkosearzt/-ärztin	162	1,2 \pm 0,5	1,0	1 - 4
Seelsorger/-in	22	2,4 \pm 1,9	2,0	1 - 6
Psychologe/-in	12	2,9 \pm 2,4	1,5	1 - 6
Reinigungskräfte	173	2,2 \pm 1,2	2,0	1 - 6
Personal am Empfang/Anmeldung	144	1,8 \pm 0,9	2,0	1 - 6
Krankenwagenfahrer	45	2,4 \pm 1,4	2,0	1 - 6

Die Bewertung der ärztlichen Visite fiel überwiegend sehr zufrieden bis zufrieden aus. Eher sehr zufrieden äußerten sich die Patientinnen über die Anzahl der Visiten sowie die Möglichkeit, ihre Fragen ausreichend beantwortet zu erhalten oder dem Arzt/Ärztin Fragen zu stellen. Die Dauer der Visite wurde mit dem Attribut "zufrieden" bewertet (s. Tab. 14).

Tab.14: Zufriedenheit mit verschiedenen Aspekten der ärztlichen Visite; Bewertung auf einer Skala von 1 (sehr zufrieden) bis 6 (vollkommen unzufrieden)				
Aspekte der Visite	n	MW \pm SD	Median	Min-Max
Anzahl der Visiten	180	1,7 \pm 0,7	2,0	1 - 5
Dauer der Visite	181	2,0 \pm 1,0	2,0	1 - 6
Beantwortung meiner Fragen	181	1,8 \pm 0,9	2,0	1 - 6
Möglichkeit, Fragen zu stellen	183	1,8 \pm 1,1	2,0	1 - 6

Die Analyse der 14 Items, die die Arzt-Patientinnen-Beziehung hinterfragten, ergab, dass sich die Patientinnen überwiegend freundlich behandelt fühlten. Sie hatten nur geringe Zweifel an der ärztlichen Fähigkeit, empfanden den Arzt nicht als kühl oder unpersönlich bzw. bemüht, die Patientin zu beruhigen. Sie fühlten sich rücksichtsvoll behandelt und sorgfältig untersucht und hatten großes Vertrauen in den Arzt/die Ärztin, da sie den Therapeuten primär als sehr kompetent und erfahren ansahen. Weniger deutlich empfanden die Patientinnen als zutreffend, dass der Arzt/die Ärztin ein echtes und persönliches Interesse an ihnen hatte bzw. dass sie ihm/ihr persönliche Probleme anvertrauen konnten. Die Patientinnen hatten kaum Hemmungen, Fragen zu stellen (s. Tab. 15).

Tab.15: Bewertung von Aspekten der ärztlichen Behandlung bzw. des ärztlichen Gesprächs während des Klinikaufenthaltes; Zustimmung/Ablehnung auf einer Skala von 1 (eher ja) bis 6 (eher nein)				
Bewertete Aussage	n	MW \pm SD	Median	Mi-Ma
1. Arzt/Ärztin hat mich freundlich behandelt	187	1,4 \pm 0,6	1,0	1 - 5
2. Ich habe gewisse Zweifel an der Fähigkeit des Arztes/der Ärztin	148	4,8 \pm 1,6	6,0	1 - 6
3. Arzt/Ärztin wirkt kühl und unpersönlich	151	4,6 \pm 1,7	5,0	1 - 6
4. Arzt/die Ärztin hat sein/ihr Bestes getan, um mich nicht zu beunruhigen	164	1,9 \pm 1,3	1,0	1 - 6
5. Arzt/Ärztin hat mich sorgfältig untersucht	180	1,4 \pm 0,7	1,0	1 - 6
6. Arzt/Ärztin hätte mich rücksichtsvoller behandeln sollen	136	5,0 \pm 1,6	6,0	1 - 6
7. Ich habe gewisse Zweifel über die vom Arzt/Ärztin empfohlene Behandlung und Untersuchung	142	5,0 \pm 1,6	6,0	1 - 6
8. Arzt/Ärztin wirkte sehr kompetent und erfahren	169	1,6 \pm 0,9	1,0	1 - 5
9. Arzt/Ärztin schien ein echtes und persönliches Interesse an mir zu haben	164	2,5 \pm 1,5	2,0	1 - 6
10. Arzt/Ärztin hat mich mit vielen unbeantworteten Fragen über meinen Zustand und die notwendige Behandlung zurückgelassen	146	4,8 \pm 1,6	6,0	1 - 6
11. Arzt/Ärztin verwendete Fachausdrücke, die ich nicht verstanden habe	146	4,9 \pm 1,5	6,0	1 - 6
12. Ich habe großes Vertrauen in Arzt/Ärztin	170	1,8 \pm 1,0	2,0	1 - 6
13. Ich habe das Gefühl, dass ich Arzt/Ärztin sehr persönliche Probleme hätte anvertrauen können	164	2,6 \pm 1,7	2,0	1 - 6
14. Ich habe mich nicht getraut, Fragen zu stellen	151	4,8 \pm 1,8	6	1 - 6

Die zusammenfassende Bewertung der Zufriedenheit mit der ärztlichen Behandlung fiel gut bis sehr gut aus. Am positivsten bewerteten die Patientinnen die fachärztliche Betreuung und das Verhalten des Therapeuten zu den Patientinnen. Etwas schlechter, aber immer noch gut zufrieden waren sie mit der menschlichen und seelischen Betreuung und der Zeit, die sich der Arzt/die Ärztin für sie genommen hatte (s. Tab. 16).

Tab.16: Zusammenfassende Bewertung der Zufriedenheit der Patientinnen mit den Ärzten/Ärztinnen; Bewertung auf einer Skala von 1 (sehr zufrieden) bis 6 (vollkommen unzufrieden)				
Item	n	MW \pm SD	Med.	Min-Max
Menschliche und seelische Betreuung	178	2,0 \pm 1,2	2,0	1 - 6
Fachärztliche Betreuung	187	1,5 \pm 0,8	1,0	1 - 6
Verhalten mir gegenüber	181	1,7 \pm 0,9	2,0	1 - 6
Zeit, die er/sie sich genommen hat	178	2,0 \pm 1,2	2,0	1 - 6
Beantwortung meiner Fragen	178	1,9 \pm 1,0	2,0	1 - 6

Auffallend und bedeutsam ist, dass sich die Mehrzahl der Patientinnen sehr (n = 81; 47%) oder deutlich wünschte (n=58; 33,7%), dass schwierige Themen von Ärzten/Pflegepersonal angesprochen würden (s. Abb.15).

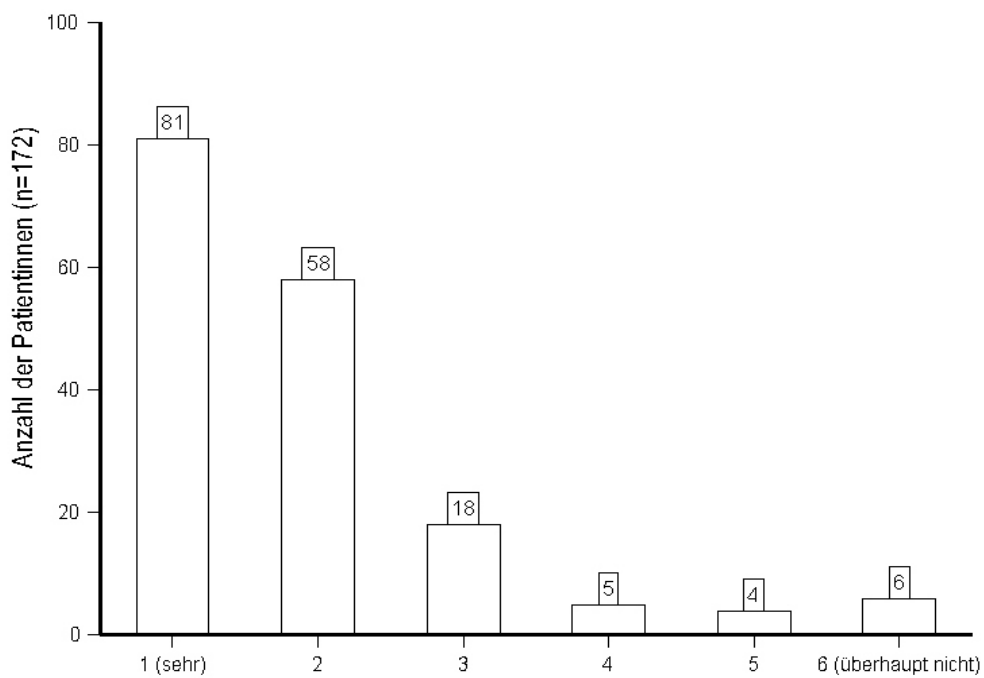


Abbildung 15: Wunsch der Patientinnen, dass schwierige Themen durch Ärzte/-innen oder Pflegepersonal angesprochen werden (n=172)

4.6. Zufriedenheit mit Operation, Chemotherapie und Aufklärung über krankheitsbezogene Themen

189 Patientinnen konnten zum Erhebungszeitpunkt Angaben darüber machen, ob eine Operation im Rahmen der Therapieplanung bereits konkret terminiert bzw. vorgesehen war. Bei 170 Befragten (89,9%) war eine solche Operation geplant bzw. bereits durchgeführt worden, bei 15 Patientinnen (7,9%) war keine Operation vorgesehen und bei vier Patientinnen (2,1%) stand die Entscheidung über einen operativen Eingriff bei der Befragung noch nicht fest.

Von den 170 Patientinnen, bei denen eine Operation geplant bzw. bereits durchgeführt worden war, wurden Angaben über die Vorbereitung der Operation bzw. über die Operation selbst erhoben. Allerdings machten die Patientinnen nicht in jedem Fall vollständige Angaben hinsichtlich der in Tabelle 17 zu bewertenden Einzelitems. Mit der Diskretion und Abgrenzung zu anderen Patientinnen, den Bemühungen des Pflegepersonals und der Ärzte, der Anwendung von Schmerzmitteln und der Situation im Wachzimmer waren die Patientinnen sehr zufrieden. Zufrieden waren sie mit der Einbeziehung des Partners/der Begleitperson vor und nach der Operation und dem Eingehen auf persönliche Wünsche und individuelle Information (siehe Tabelle 17).

Tab.17: Bewertung der Zufriedenheit der Patientinnen mit der Vorbereitung auf ihre Operation bzw. mit der Operation selbst; Bewertung auf einer Skala von 1 (sehr zufrieden) bis 6 (vollkommen unzufrieden)				
Items der Operation(svorbereitung)	n	MW \pm SD	Med	Mi-Ma
Diskretion/Abgrenzung zu anderen Patientinnen	162	1,7 \pm 0,9	1,0	1 - 6
Eingehen auf Wünsche und indiv. Information	153	1,7 \pm 1,0	2,0	1 - 6
Bemühungen des Pflegepersonals	165	1,7 \pm 1,0	1,0	1 - 6
Bemühungen von ärztlicher Seite	162	1,5 \pm 0,8	1,0	1 - 6
Einbeziehung des Partners/der Begleitperson	117	2,1 \pm 1,3	2,0	1 - 6
Individuelles Anwenden von Schmerzmitteln	140	1,6 \pm 0,8	1,5	1 - 6
Wachzimmer	155	1,5 \pm 1,0	1,0	1 - 6

Da für sechs der sieben Items der Operationsvorbereitung bzw. der Operation auch korrespondierende Items der Zufriedenheitsbewertung der sonstigen Behandlung vorhanden waren, wurden jeweils korrespondierende Patientinnenpaare gebildet, die zu diesen 6 doppelten Items vollständige Angaben gemacht hatten. Dabei sollte versucht werden, herauszufinden, ob es signifikante Unterschiede in der Zufrie-

denheit mit der Operation (Item 30 des Fragebogens) und der allgemeinen Behandlung in der Frauenklinik (Item 24 des Fragebogens) gegeben hatte (s. Tab.18).

Die Zufriedenheit mit der Diskretion und Abgrenzung von anderen Patientinnen im Rahmen der Operation bzw. deren Vorbereitung war signifikant positiver als jene im Rahmen der allgemeinen Behandlung ($p < 0,001$). Auf der Basis von 147 vergleichbaren Patientinnen war bei 77 (52,3%) die Zufriedenheit in beiden Bereichen gleich, während 58 (39,4%) bei der Operation und nur 12 (8,3%) mit der allgemeinen Behandlung zufriedener waren.

Der Aspekt des Eingehens auf Wünsche und individuelle Information wurde von den 146 vergleichbaren Patientinnen nicht signifikant unterschiedlich zufrieden bewertet. Hier waren 79 (54,1%) Patientinnen in beiden Bereichen gleich zufrieden, 39 (26,7%) waren bei der Operation und 28 (19,2%) mit der allgemeinen Behandlung zufriedener.

Die Zufriedenheit mit den Bemühungen des Pflegepersonals war sowohl im Rahmen der Operation/-vorbereitung als auch im Rahmen der allgemeinen Behandlung nicht signifikant unterschiedlich. 104 (65,4%) der Befragten waren gleich zufrieden, 31 (19,5%) im Bereich der Operation zufriedener und 24 (84,9%) im Rahmen der allgemeinen Behandlung zufriedener.

Bemühungen von ärztlicher Seite wurden sowohl bei der Operation als auch bei der allgemeinen Behandlung als gleich positiv bewertet, da kein signifikanter Unterschied der Zufriedenheit der Patientinnen feststellbar war. 107 (67,7%) der Befragten waren gleich zufrieden, 32 (20,2%) waren im Bereich der Operation zufriedener und 19 (12,1%) im Rahmen der allgemeinen Behandlung.

Die Einbeziehung des Partners bzw. der Begleitperson wurde sowohl in der Vorbereitung der Operation als auch der allgemeinen Behandlung als gut zufriedenstellend bewertet. Es gab hierbei keine signifikanten Unterschiede. 71 (66,4%) der Befragten waren gleich zufrieden, 16 (14,9%) waren im Bereich der Operation zufriedener und 20 (18,7%) im Rahmen der allgemeinen Behandlung.

Die individuelle Anwendung von Schmerzmitteln im Bereich der Operation und in der allgemeinen Behandlung wurde als sehr zufriedenstellend von den Patientinnen bewertet, wobei es zwischen beiden Bereichen keinen signifikanten Unterschied gab. 91 (70,0%) der Befragten waren gleich zufrieden, 23 (17,7%) waren im

Bereich der Operation zufriedener und 16 (12,3%) im Rahmen der allgemeinen Behandlung (siehe Tabelle 18).

Tab.18: Vergleich von sechs Items der Zufriedenheit der Operation(svorbereitung) bzw. der allgemeinen Behandlung in der Frauenklinik				
Zufriedenheit bei ..	MW + SD	Median	Min-Max	p-Wert
Diskretion und Abgrenzung zu anderen Patientinnen (n=147)				
.. Operation	1,7 ± 1,0	2,0	1 - 6	
.. allg. Behandlung	2,1 ± 1,0	2,0	1 - 6	0,0001
Eingehen auf Wünsche und individuelle Information (n=146)				
.. Operation	1,7 ± 1,0	2,0	1 - 6	
.. allg. Behandlung	1,9 ± 1,1	2,0	1 - 6	0,1184
Bemühungen des Pflegepersonals (n=159)				
.. Operation	1,7 ± 1,0	1,0	1 - 6	
.. allg. Behandlung	1,8 ± 1,2	1,0	1 - 6	0,2375
Bemühungen von ärztlicher Seite (n=158)				
.. Operation	1,5 ± 0,8	1,0	1 - 6	
.. allg. Behandlung	1,6 ± 0,8	1,0	1 - 6	0,1069
Einbeziehung des Partners/der Begleitperson (n=107)				
.. Operation	2,1 ± 1,4	2,0	1 - 6	
.. allg. Behandlung	2,1 ± 1,5	1,0	1 - 6	0,8382
Individuelles Anwenden von Schmerzmitteln (n=130)				
.. Operation	1,7 ± 0,8	2,0	1 - 6	
.. allg. Behandlung	1,7 ± 0,9	2,0	1 - 6	0,2301

Angaben über die etwaige Durchführung einer Chemotherapie wurden von 183 Patientinnen gemacht, wobei 28 Befragte (15,3%) die Frage nach einer Chemotherapie bejahten. Diese 28 Befragten wurden separat um zusätzliche Informationen gebeten.

Dabei äußerten sich 21 Patientinnen darüber, ob sie während der Chemotherapie die Möglichkeit hatten, im behandlungsfreien Zeitraum den Krankenhausarzt/-ärztin bei Fragen oder Problemen telefonisch zu kontaktieren. Diese Frage bejahten 17 (81%) der 21 Patientinnen. Allerdings hatten nur 10 der 21 Patientinnen diese Möglichkeit auch tatsächlich genutzt. Sieben von diesen 10 Patientinnen machten Angaben darüber, wie lange sie am Telefon warten mussten, um mit dem Arzt/der Ärztin in Verbindung zu treten. Die Zeit betrug maximal 5 Minuten, wobei vier Befragte sofort verbunden worden waren.

Die Bewertung der Patientinnen hinsichtlich des Informationsumfanges zu krankheitsbezogenen Themen basierte nur auf einer vergleichsweise geringen Fallzahl (38 bis 87 Patientinnen), da hier die meisten Patienten keine Angaben gemacht hatten.

Von den jeweils antwortenden Patientinnen empfand sich die Mehrzahl im Bereich der Nachsorge als vollständig (28,7%) oder gut (32,2%) oder nur als informiert (16,1%), während sich 5,7% als weniger informiert, 3,5% als schlecht und 13,8% als überhaupt nicht informiert bezeichneten.

Über Rehabilitationsmöglichkeiten fanden sich nur 16,7% als vollständig und 24,1% als gut informiert bzw. 9,3% als informiert, während sich 3,7% als weniger bzw. 7,3% als schlecht und sogar 38,9% als überhaupt nicht informiert bezeichneten.

Über die Stellung von Anträgen (z.B. Rente, Schwerbehinderung, etc.) war die Mehrzahl der Patientinnen weniger (5%), schlecht (7,5%) oder überhaupt nicht (65%) informiert gewesen. Nur 2,5% waren vollständig, 12,5% gut und 7,5% nur informiert.

Ebenso negativ war die Information über Haushaltshilfenvermittlung bewertet worden. Hier waren ebenfalls die meisten Patientinnen überhaupt nicht (73%), nur schlecht (8,1%) oder weniger (8,1%) informiert, während nur 2,7% vollständig und 5,4% gut informiert bzw. 2,7% informiert waren.

Über alternative Therapieformen (z.B. Kryotherapie, Misteltherapie, Akupunktur) wurden die Patientinnen nach eigenen Angaben überwiegend überhaupt nicht (68,4%), schlecht (2,6%) oder wenig (13,2%) informiert. Lediglich 2,6% waren vollständig, 7,9% gut und 5,3% normal informiert worden (siehe Tabelle 19).

Tab.19: Bewertung des Informationsumfanges über verschiedene krankheitsbezogene Themen durch die Patientinnen; Bewertung auf einer Skala von 1 (vollständig informiert) bis 6 (überhaupt nicht informiert)				
Informationen über ...	n	MW \pm SD	Median	Min-Max
Nachsorge	87	2,6 \pm 1,7	2,0	1 - 6
Reha-Möglichkeiten	54	3,7 \pm 2,0	3,5	1 - 6
Stellung von Anträgen (z.B. Rente)	40	4,9 \pm 1,6	6,0	1 - 6
Haushaltshilfenvermittlung	37	5,3 \pm 1,3	6,0	1 - 6
Alternative Therapieformen	38	5,1 \pm 1,5	6,0	1 - 6

4.7. Zufriedenheit der Patientinnen mit der seelischen und menschlichen Betreuung durch verschiedene Berufsgruppen

Die Fragen nach der Bewertung der seelischen und menschlichen Betreuung wurde von einer unterschiedlichen Anzahl von Patientinnen beantwortet. Am positivsten empfanden die Patientinnen die Unterstützung durch eigene Angehörige. Danach folgte eine als gut bezeichnete Betreuung durch das Stationspersonal und die Stationsärzte sowie Oberärzte. Die Betreuung durch den Chefarzt wurde als befriedigend bewertet. Die wenigen Patientinnen, die eine Betreuung durch den Klinikseelsorger angaben, fühlten sich hier eher befriedigend bis mäßig betreut (s. Tab. 20).

Tab.20: Bewertung der seelischen und menschlichen Betreuung der Patientinnen durch das medizinische Personal und Klinikpersonal; Bewertung auf einer Skala von 1 (sehr gut betreut) bis 6 (ungenügend betreut)				
Betreuung durch ...	n	MW ± SD	Median	Min-Max
Stationsschwestern/-Pflegerinnen	183	1,9 ± 1,2	2,0	1 - 6
Stationsärzten/-ärztinnen	182	1,8 ± 1,0	2,5	1 - 6
Oberärzten	147	1,9 ± 1,3	1,0	1 - 6
Chefarzt	114	2,5 ± 1,8	2,0	1 - 6
Klinikseelsorger	36	3,3 ± 2,1	2,0	1 - 6
Eigene Angehörige	163	1,3 ± 0,5	1,0	1 - 4

Um einen direkten Vergleich der Bewertung des Klinikpersonals und der Angehörigen im Hinblick auf die seelische und menschliche Betreuung auf einer ausreichenden Zahlenbasis zu erhalten, wurden jene Patientinnen ausgesucht, die sowohl Angaben zum Stationspersonal, Stationsärzten, Oberärzten, Chefarzt als auch den eigenen Angehörigen gemacht hatten. Diese Angaben waren bei 92 Patientinnen übereinstimmend vorhanden.

Es fand sich eine analoge Rangreihenfolge der positiven Bewertung, wie bereits im Gesamtkollektiv beschrieben. Die seelische und menschliche Betreuung durch die eigenen Angehörigen wurde als am positivsten empfunden, während die Betreuung der Stationsschwestern/-Pfleger, der Stationsärzte/-ärztinnen und der Oberärzte

etwas schlechter und jene des Chefarztes als noch gut bis befriedigend bewertet wurde. Die Unterschiede waren statistisch signifikant ($p < 0,0001$) (s. Tab. 21).

Tab.21: Bewertung der seelischen und menschlichen Betreuung der Patientinnen durch das medizinische Personal und Klinikpersonal bei 92 Befragten, die zu allen Items eine Angabe gemacht hatten; Bewertung auf einer Skala von 1 (sehr gut betreut) bis 6 (ungenügend betreut)				
Betreuung durch ...	n	MW \pm SD	Median	Min-Max
Stationsschwestern/-pfleger	92	2,0 \pm 1,4	2,0	1 - 6
Stationsärzte/-ärztinnen	92	1,9 \pm 1,1	2,0	1 - 6
Oberärzten	92	2,1 \pm 1,4	2,0	1 - 6
Chefarzt	92	2,6 \pm 1,8	2,0	1 - 6
Eigene Angehörige	92	1,3 \pm 0,5	1,0	1 - 4

Die medizinische Betreuung in der Klinik wurde überwiegend als sehr gut bewertet (1,5 \pm 0,9 Punkte; Median 1 Punkt; Minimum 1 Punkt, Maximum 6 Punkte). 61,4% der Patientinnen schätzten sie als sehr gut und weitere 31,8% als gut ein. Nur 2,8% der Patientinnen empfanden die medizinische Betreuung mäßig bis ungenügend (s. Abb.16).

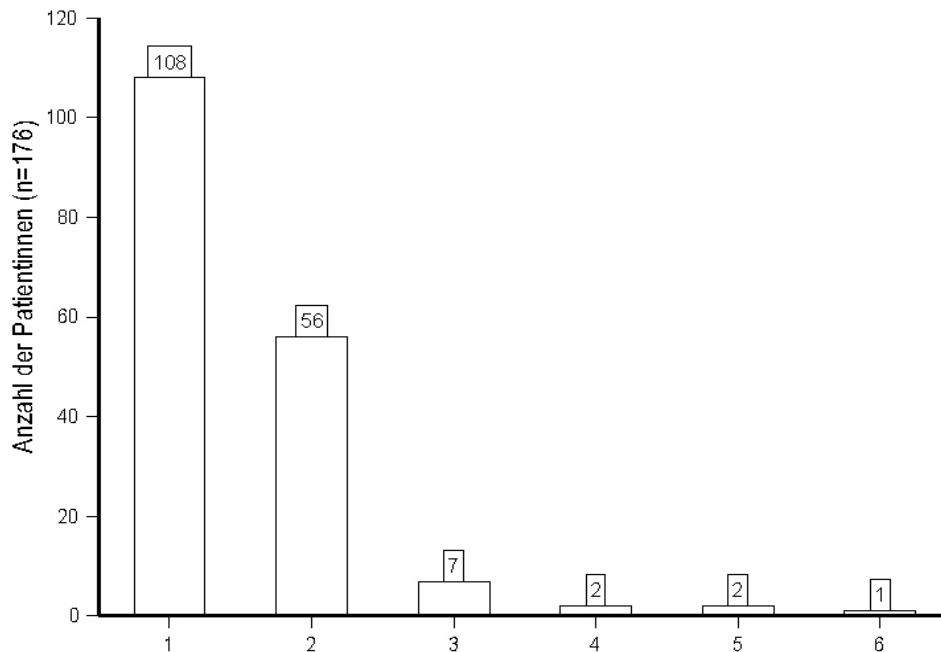


Abbildung 16: Bewertung der medizinischen Betreuung auf einer Skala von 1 (sehr gut betreut) bis 6 (ungenügend betreut) von 176 Patientinnen

Die Patientinnen bewerteten die medizinische Betreuung im Vergleich zur menschlichen Betreuung. Trotzdem wurde in beiden Fällen die jeweilige Betreuung als sehr wichtig bezeichnet (s. Tab. 22).

Tab.22: Bewertung der Wichtigkeit der medizinischen und menschlichen Betreuung für die Patientinnen; Bewertung auf einer Skala von 1 (sehr wichtig) bis 6 (vollkommen unwichtig)				
Item	n	MW \pm SD	Median	Min-Max
Medizinische Betreuung	191	1,0 \pm 0,2	1,0	1 - 3
Menschliche Betreuung	185	1,3 \pm 0,6	1,0	1 - 5

Die nachfolgende Abbildung 17 zeigt, dass 92,3% der Befragten die medizinische Betreuung als sehr wichtig und weitere 6,1% sie als wichtig empfanden, während im Vergleich dazu die menschliche Betreuung von nur 79,5% der Befragten als sehr wichtig bzw. von 15,1% als wichtig bewertet wurde.

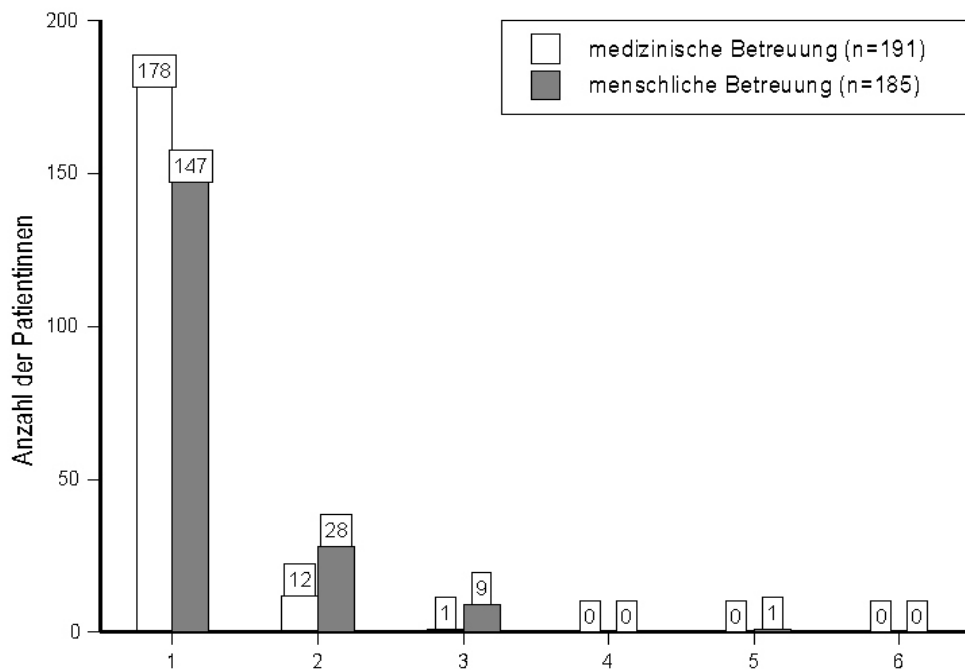


Abbildung 17: Bewertung der Wichtigkeit medizinischer und menschlicher Betreuung auf einer Skala von 1 (sehr wichtig) bis 6 (vollkommen unwichtig)

185 Patientinnen hatten sowohl eine Bewertung der Wichtigkeit der medizinischen als auch der menschlichen Betreuung abgegeben. In ersterem Falle wurde neuerlich

die medizinische Betreuung als wichtiger empfunden ($1,0 \pm 0,2$ Punkte; Median 1 Punkt; 1-3 Punkte) als die menschliche Betreuung ($1,3 \pm 0,6$ Punkte; Median 1 Punkt; 1-5 Punkte) und der Unterschied war signifikant ($p < 0,001$). Für 151 Patientinnen (81,6%) waren beide Bereiche gleich wichtig, für 31 Patientinnen (16,7%) war die medizinische Betreuung wichtiger als die menschliche Betreuung und für nur 3 Patientinnen (1,7%) war die menschliche Betreuung wichtiger als die medizinische Betreuung. Bei den drei letztgenannten Patientinnen war der Krankenhausaufenthalt in zwei Fällen wegen eines Myoms bzw. einer Myomentfernung und einmal wegen einer Laparoskopie und Totaloperation notwendig geworden.

176 Patientinnen hatten gleichzeitig Angaben über die Wichtigkeit der medizinischen Betreuung und eine Bewertung der tatsächlichen, von ihnen empfundenen medizinischen Betreuung in der Frauenklinik gemacht.

Von den 165 Frauen, welche die Bedeutung der medizinischen Betreuung als sehr wichtig beurteilten, stuften 2/3 (64,2%) die tatsächliche Betreuung in der Frauenklinik auch als sehr gut ein. Hier konnte den Erwartungen vollständig entsprochen werden. Von 29,2% dieser 165 Befragten, welche die medizinische Betreuung als sehr wichtig einstufen, wurde die tatsächliche Betreuung noch als gut bewertet. Nur bei 6,6% dieser Patientinnen war die Diskrepanz zwischen eigener, subjektiver Bewertung der Wichtigkeit und tatsächlicher Betreuung stärker als eine Rangstufe. Bei den 10 Patientinnen, die die Wichtigkeit der medizinischen Betreuung als wichtig einstufen, stand in 70% der Fälle auch eine gute Betreuungseinschätzung gegenüber, wobei bei weiteren 20% die Betreuung sogar als sehr gut bewertet wurde. Nur bei einer Patientin (10%) wurden die Erwartungen enttäuscht (s. Tab.23).

Insgesamt konnte demzufolge den Erwartungen an die medizinische Behandlung in 113 Fällen (64,2%) entsprochen werden, in drei Fällen (1,7%) wurden sie übertroffen, während es bei den restlichen 60 Patientinnen (34,1%) eine geringe oder deutliche Diskrepanz zwischen den eigenen Erwartungen an die medizinische Behandlung und der tatsächlichen medizinischen Betreuung in der Frauenklinik gab (s. Tab. 23).

Tab.23: Vergleich der subjektiven Bewertung der Wichtigkeit der medizinischen Betreuung mit der tatsächlichen medizinischen Betreuung in der Frauenklinik (n=176)						
Tatsächliche Betreuung in der Frauenklinik ²⁾	Wichtigkeit der medizinischen Betreuung ¹⁾					
	sehr wichtig (1)		wichtig (2)		weniger wichtig (3)	
	n	%	n	%	n	%
1 (sehr gut)	106	64,2	<u>2</u>	<u>20,0</u>	-	-
2 (gut)	48	29,2	7	70,0	<u>1</u>	<u>100</u>
3 (befriedigend)	7	4,2	-	-	-	-
4 (mäßig)	1	0,6	1	10,0	-	-
5 (schlecht)	2	1,2	-	-	-	-
6 (ungenügend)	1	0,6	-	-	-	-
Gesamt	165		10		1	

¹⁾ Bewertung auf einer Skala von 1 (sehr wichtig) bis 6 (vollkommen unwichtig)

²⁾ Bewertung auf einer Skala von 1 (sehr gut betreut) bis 6 (ungenügend betreut)
Fett markiert sind die 113 Patientinnen, bei denen die medizinische Behandlung den Erwartungen entsprach.

kursiv markiert sind die 60 Patientinnen, bei denen die medizinische Behandlung eine geringe bis deutliche Diskrepanz zu den Erwartungen entsprach.

unterstrichen sind jene 3 Patientinnen, bei denen die Erwartungen an die medizinische Behandlung von der tatsächlichen Betreuung übertroffen wurden

4.8. Bewertung des stationären Alltags und Ablaufes: die Einrichtung zusätzlicher Leistungen, des Zimmers mit Sanitärbereich, Hilfe bei verschiedenen Verrichtungen, die Verpflegung, der Krankentransport, die Besuchszeiten und der Entlassungszeitpunkt

Die Zufriedenheit mit organisatorischen und sonstigen Aspekten des stationären Alltags bzw. des Stationsablaufes wurde überwiegend mit dem Attribut "sehr zufrieden" bis "gut zufrieden" belegt (s. Tab. 24). Probleme mit den Zimmerpartnerinnen bestanden offenbar nicht, das Verhältnis wurde mit sehr gut bewertet. Wenn Hilfe bei der Mobilisierung erforderlich war, wurde die Hilfe mit gut bewertet. Analoges galt für Hilfe bei der Körperpflege und Hilfe beim Essen. Die Betreuung durch den/die Krankengymnasten/-in wurde als sehr positiv beurteilt.

Tab.24: Zufriedenheit mit der Station bzw. dem Stationsablauf; Bewertung auf einer Skala von 1 (sehr zufrieden) bis 6 (vollkommen unzufrieden)				
Zufriedenheit mit	n	MW \pm SD	Med.	Min-Max
Zimmerpartnerin (Alter, Krankheitsbild)	168	1,9 \pm 1,3	1,0	1 - 6
Hilfe bei Mobilisation	109	2,2 \pm 1,4	2,0	1 - 6
Hilfe bei Körperpflege	87	2,3 \pm 1,5	2,0	1 - 6
Hilfe beim Essen	56	2,2 \pm 1,4	2,0	1 - 6
Betreuung durch Krankengymnasten/-in	110	1,6 \pm 0,8	1,0	1 - 5

Sehr zufrieden äußerten sich die befragten Patientinnen über die Operationsvorbereitungen und die Aufklärung über Operationsarten und -vorgänge sowie über die Aufklärung über ihre ihre Krankheit selbst. Noch gut zufrieden waren sie mit den Nächten auf der Station und dem Tagesablauf. Die Vorabinformation bei Einweisung wurde zwar immer noch mit gut zufriedenstellend bewertet, erhielt in diesem Fragebogen aber die schlechteste Bewertung (s. Tab. 25).

Tab.25: Zufriedenheit mit organisatorischen Abläufen; Bewertung auf einer Skala von 1 (sehr zufrieden) bis 6 (vollkommen unzufrieden)				
Zufriedenheit mit ...	n	MW \pm SD	Med.	Min-Max
Vorab-Info bei Einweisung/Aufnahme	157	2,4 \pm 1,3	2,0	1 - 6
Tagesablauf (Wecken, Essenszeit, etc.)	175	2,0 \pm 1,0	2,0	1 - 6
Nächten auf Station	174	2,1 \pm 1,2	2,0	1 - 6
Aufklärung über die Krankheit	176	1,8 \pm 1,2	2,0	1 - 6
Operationsvorbereitungen	157	1,6 \pm 0,8	1,0	1 - 5
Aufklärung über OP-Arten/Vorgänge	131	1,7 \pm 0,9	1,0	1 - 5

Eine gehobene Zimmerausstattung wurde von den Befragten als sehr wichtig empfunden. An oberster Stelle rangierte die Duschköglichkeit bzw. das Vorhandensein einer Toilette im Zimmer, direkt danach eine Ausstattung mit Fernseher und Telefon. Deutlich weniger wichtig empfanden die Patientinnen einen täglichen Wäschewechsel ihres Bettes. Tageszeitungen und Illustrierte waren nur noch mäßig wichtig. Als eher unwichtig bezeichneten die Patientinnen ein Einzelzimmer (s. Tab. 26).

Tab.26: Bewertung der Wichtigkeit der Zimmerausstattung; Bewertung auf einer Skala von 1 (sehr wichtig) bis 6 (vollkommen unwichtig)				
Zimmerausstattung mit ...	n	MW \pm SD	Median	Min-Max
TV/Telefon	188	1,5 \pm 0,9	1,0	1 - 6
Tageszeitung/Illustrierte	153	3,3 \pm 1,7	3,0	1 - 6
Dusche/WC im Zimmer	189	1,1 \pm 0,3	1,0	1 - 3
Einbettzimmer	145	3,7 \pm 1,8	4,0	1 - 6
Täglich frische Bettwäsche	170	2,4 \pm 1,5	2,0	1 - 6

Von den befragten Patientinnen gaben 192 an, ob sie in einem Ein- oder Zweibettzimmer lagen. 186 (96,9%) lagen in einem Zweibett- und nur sechs (3,1%) in einem Einbettzimmer. 117 Patientinnen beantworteten die Frage, ob sie sich, wenn sie privat-/zusatzversichert gewesen wären, ein Einzelzimmer gewünscht hätten. Dabei zeigte sich, dass fast drei Viertel (73,5%; n = 86) diesen Wunsch nicht

verspürten, während 31 Patientinnen (26,5%) lieber in einem Einzelzimmer gelegen hätten.

Um einen Abgleich dieser Aussagen mit dem tatsächlichen Versicherungsstatus der Befragten vorzunehmen, wurden 192 Patientinnen selektiert, die sowohl Angaben zum Versicherungsstatus als auch dem Liegen im Ein-/Zweibettzimmer gemacht hatten. Ebenfalls wurden 117 Patientinnen selektiert, bei denen der Versicherungsstatus und der Wunsch, ein Einzelzimmer zu beziehen oder nicht, bekannt war.

Privatversicherte Patientinnen lagen nur zu 10% in einem Einzelzimmer, jedoch war dies deutlich häufiger der Fall als bei rein gesetzlich Versicherten (1,5%) und gesetzlich Versicherten mit Zusatzversicherung (3,8%). Etwas mehr als ein Drittel der Privatversicherten (37,5%) wollten bei Aufnahme ein 1-Bett-Zimmer und ein Drittel der gesetzlich Versicherten mit Zusatzversicherung (33,3%). Nur etwa jede fünfte gesetzlich Versicherte wollte ebenfalls in einem Einzelzimmer liegen (21,3%).

Tab.27: Vergleich des Versicherungsstatus (privat, gesetzlich, gesetzlich mit Zusatzversicherung/ZV) mit dem Zimmerstatus (Ein-/Zweibettzimmer) bzw. dem eventuellen Wunsch nach einem Einzelzimmer						
	Versicherungsstatus					
	privat		gesetzlich		gesetz. + ZV	
	n	%	n	%	n	%
Pat. liegt in 1-Bett-Zi.	3	10,3	2	1,5	1	3,8
Pat. liegt in 2-Bett-Zi.	26	89,7	135	98,5	25	96,2
Pat. möchte 1-Bett.Zi.	9	37,5	16	21,3	6	33,3
Pat. möchte kein 1-Bett.-Zi.	15	62,5	59	78,7	12	66,7

Bei 117 Patientinnen waren sowohl Angaben über den Zimmerwunsch (1-/2-Bett-Zimmer) und den tatsächlichen Zimmerstatus vorhanden. Von den 31 Patientinnen, die sich ein Einzelzimmer gewünscht hatten, lag nur eine Person (3,2%) in einem 1-Bett-Zimmer. Alle 86 Patientinnen, die sich kein Einbettzimmer gewünscht hatten, lagen in einem Zweibettzimmer. Es lagen demnach 30 Patientinnen (25,6%) nicht in dem Zimmer, das sie sich eigentlich gewünscht hatten.

Die Sanitäreinrichtungen des Zimmers wurden als gut bewertet, die Sauberkeit befand sich immer noch im Einschätzungsbereich "gut", lässt aber Spielräume zur Verbesserung offen (s. Tab. 28).

Tab.28: Bewertung der Sanitäreinrichtungen des Zimmers; Bewertung auf einer Skala von 1 (sehr angenehm) bis 6 (vollkommen unzumutbar)				
Item	n	MW \pm SD	Med.	Min-Max
Toilette	187	1,6 \pm 0,7	1,0	1 - 5
Dusche/Waschgelegenheit	187	1,9 \pm 1,2	2,0	1 - 6
Bewertung der Zimmergröße	187	1,2 \pm 1,1	1,0	1 - 6
Bewertung der Sauberkeit des Zimmers	189	1,9 \pm 1,1	2,0	1 - 6

Während des Klinikaufenthaltes waren 41 Patientinnen mit einem Krankenwagen auf dem Gelände transportiert worden. Die meisten dieser transportierten Patientinnen machten Angaben zur Qualität dieser Dienstleistung. Die Wartezeit auf den Krankenwagen wurde als befriedigend eingestuft, ebenso der Zustand und die Bequemlichkeit des Wagens. Die Freundlichkeit der Fahrer wurde positiv ("gut zufrieden") bewertet, ebenso der Fahrstil während des Transports (s. Tab. 29).

Tab.29: Bewertung der Zufriedenheit mit dem Krankenwagentransport auf dem Klinikgelände; Bewertung auf einer Skala von 1 (sehr zufrieden) bis 6 (vollkommen unzufrieden)				
Item	n	MW \pm SD	Med.	Min-Max
Dauer der Wartezeit auf Krankenwagen	39	3,1 \pm 1,6	3,0	1 - 6
Bequemlichkeit/Zustand des Wagens	40	3,2 \pm 1,6	3,0	1 - 6
Freundlichkeit der Fahrer	40	2,3 \pm 1,6	2,0	1 - 6
Fahrstil der Fahrer	38	2,7 \pm 1,7	2,0	1 - 6

In einem weiteren Frageblock wurde die Zufriedenheit der Patientinnen mit der Verpflegung erhoben. Mit der Menüauswahl zwischen Schonkost, Normalkost, Vollwerternahrung oder leicht verdaulichem Essen waren die Patientinnen eher mäßig zufrieden. Als gut wurde die Portionsgröße bewertet, ebenso die Darrei-

chungsform des Essens. Die geschmackliche Zubereitung stieß auf mäßige Zufriedenheit. Bedeutsam ist, dass die Patientinnen die Wichtigkeit der Essensqualität für ihr Wohlbefinden als sehr wichtig bis wichtig einstufen (s. Tab. 30).

Tab.30: Bewertung der Zufriedenheit mit der Verpflegung; Bewertung auf einer Skala von 1 (sehr zufrieden) bis 6 (vollkommen unzufrieden)				
Item	n	MW \pm SD	Med	Min-Max
Menüauswahl (Schon-/Normalkost, etc.)	181	2,4 \pm 1,3	2,0	1 - 6
Portionsgröße	187	1,9 \pm 0,9	2,0	1 - 6
Darreichungsform	180	2,2 \pm 1,2	2,0	1 - 6
Geschmackliche Zubereitung	189	2,6 \pm 1,4	2,0	1 - 6
Wichtigkeit der Essensqualität für Wohlbefinden	189	1,8 \pm 0,9	2,0	1 - 6

Über die Besuchszeiten äußerten sich 184 Patientinnen. Die Mehrzahl der Befragten war mit den Umständen zufrieden und wünschte keine Veränderung (n=163; 88,6%). Jeweils drei Patientinnen (je 1,6%) wollten längere bzw. kürzere Besuchszeiten, zwei weitere (1,1%) feste Besuchszeiten und neun (5,0%) Patientinnen wünschten eine Begrenzung der Besucherzahl. Zwei Patientinnen (1,1%) wollten kürzere und feste Besuchszeiten, eine Patientin (0,5%) plädierte für feste Besuchszeiten mit begrenzter Besucherzahl und eine weitere Patientin (0,5%) wollte kürzere, feste Besuchszeiten mit begrenzter Besucherzahl. Die Fragen zur Verpflegung und den Besuchszeiten wurden von den meisten Befragten beantwortet, was eine hohe Bedeutung dieser Fragen hinweist und ggf. auf deren unverfänglicher Formulierung beruht.

Mit dem Entlassungszeitpunkt zufrieden waren 93,4% der befragten und antwortenden Patientinnen (n=167). Jeweils drei Patientinnen (je 1,8%) empfanden den Zeitpunkt als zu früh, zu spät oder äußerten andere Gründe der Unzufriedenheit. Bei jeweils einer Patientin (je 0,6%) war der Entlassungszeitpunkt zu früh und es lagen sonstige Gründe vor bzw. er war zu spät und es lagen sonstige Gründe vor.

4.9. Weiterempfehlung der Klinik, Aspekte des Klinikaufenthaltes sowie abschließende Gesamtbewertung

Die antwortenden Patientinnen äußerten sich sehr positiv über die Ambulanz, die Station und die Frauenklinik generell und wollten diese jeweils weiterempfehlen. Andere Fachabteilungen schnitten diesbezüglich nicht so positiv ab, wurden aber als gut eingestuft.

Tab.31: Bewertung der Weiterempfehlung von Einrichtungen der Klinik auf einer Skala von 1 (auf jeden Fall weiterempfehlen) bis 6 (auf keinen Fall weiterempfehlen)				
Item	n	MW \pm SD	Med	Min-Max
Ambulanz	150	1,6 \pm 0,8	1,0	1 - 6
Station selbst	177	1,5 \pm 0,9	1,0	1 - 6
Frauenklinik generell	179	1,4 \pm 0,8	1,0	1 - 6
Andere Fachabteilungen auf dem Gelände	89	2,1 \pm 1,4	2,0	1 - 6

71 Patientinnen hatten zu allen vier Items der Weiterempfehlung eine Angabe gemacht, so dass hier ein direkter Vergleich zwischen allen Items angestellt werden konnte. Auf jeden Fall weiterempfehlen wollten 49,3% die Ambulanz, 69% die Station selbst, sowie weitere 69% die Frauenklinik generell. Nur 35,2% der antwortenden Patientinnen wollten andere Fachabteilungen auf dem Gelände auf jeden Fall weiterempfehlen (s. Abb.18).

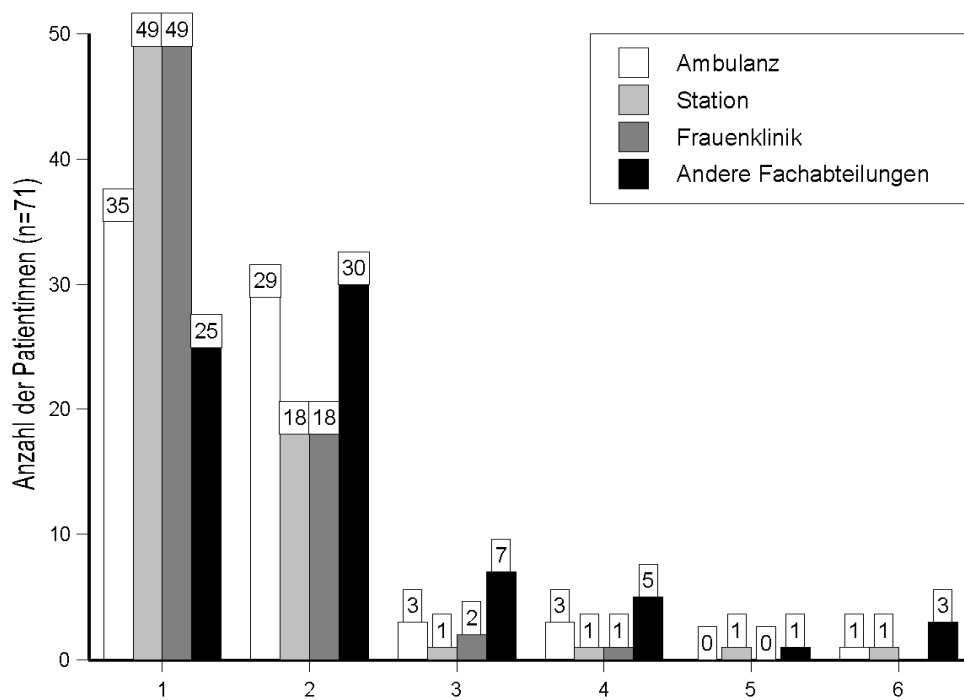


Abbildung 18: Vergleich der Weiterempfehlungsbereitschaft (1 = auf jeden Fall weiterempfehlen bis 6 = auf keinen Fall weiterempfehlen) für den Bereich der Ambulanz, der Station, der Frauenklinik generell und anderen Fachabteilungen auf dem Gelände (n=71)

Mit sämtlichen Teilbereichen des Klinikaufenthaltes, von der Aufnahmeuntersuchung Aufklärungsgespräche, operative Betreuung bis zur Entlassungsuntersuchung, waren die Patientinnen überwiegend sehr zufrieden bis zufrieden. Hervorzuheben ist die hohe Zufriedenheit mit dem Aufklärungsgespräch über die Operation und die Operationsarten (s. Tab.32).

Tab.32: Bewertung der Zufriedenheit mit ausgesuchten Teilbereichen des Klinikaufenthaltes auf einer Skala von 1 (sehr zufrieden) bis 6 (vollkommen unzufrieden)

Zufriedenheit mit ...	n	MW \pm SD	Med	Min-Max
Aufnahmeuntersuchung	185	1,5 \pm 0,7	1,0	1 - 4
Aufklärungsgespräch über OP/-arten	167	1,4 \pm 0,7	1,0	1 - 6
Aufklärung über andere nicht-op. Behandlungen	91	1,9 \pm 1,0	2,0	1 - 6
Aufklärung über Chemotherapie	31	1,4 \pm 0,6	1,0	1 - 3
Aufklärung über Bestrahlungstherapie	28	1,7 \pm 1,1	1,0	1 - 5
Ärztliche Untersuchung	175	1,5 \pm 0,8	1,0	1 - 6
Betreuung nach Operation	164	1,6 \pm 0,9	1,0	1 - 6
Entlassungsuntersuchung	107	1,7 \pm 0,9	1,0	1 - 6

168 Patientinnen machten eine Angabe über ihre Gesamtzufriedenheit mit dem Aufenthalt in der Frauenklinik. Dabei waren 45,7% sehr zufrieden und 40,9% zufrieden. Befriedigend (9,1%) und mäßig (3,2%) zufrieden waren nur wenige Patientinnen. Nur in jeweils 0,5% waren die Patientinnen mit ihrem Aufenthalt unzufrieden oder vollkommen unzufrieden (s. Abb.19). Der durchschnittliche Score-Wert lag bei $1,7 \pm 0,8$ Punkten (Median 2 Punkte) und schwankte zwischen 1-6 Punkten. Die sehr guten und guten Bewertungen der Gesamtzufriedenheit machten 95% aller Nennungen aus (siehe Abbildung 19).

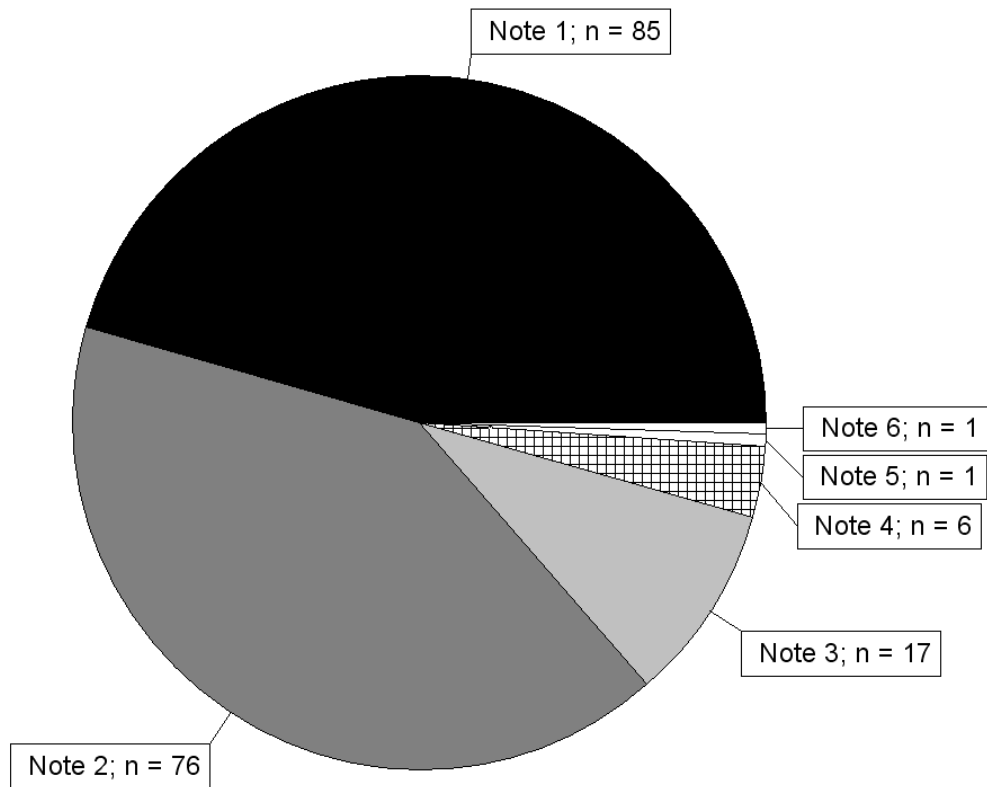


Abbildung 19: Bewertung der Zufriedenheit mit dem Aufenthalt in der Frauenklinik insgesamt (n=168)

4.10. Einfluss soziodemographischer Faktoren auf die Gesamtzufriedenheit der Patientinnen mit ihrem Aufenthalt in der Frauenklinik

Die Gesamtzufriedenheit mit dem Klinikaufenthalt nahm signifikant mit dem Alter zu. Während die unter 30jährigen Patientinnen mit dem Aufenthalt noch gut zufrieden waren, stieg die Zufriedenheit bei den 41jährigen und älteren Frauen in den Bereich "sehr gut" an. Die Unterschiede waren signifikant ($p = 0,0385$).

Hingegen hatte der Wohnort (Dorf, Stadt) keinen signifikanten Einfluss auf die Gesamtzufriedenheit mit dem Aufenthalt ($p = 0,2731$). Gleiches galt für den Versicherungsstatus ($p = 0,7364$), den Schulabschluss ($p = 0,3913$), den Familienstand ($p = 0,7099$) und den Beruf ($p = 0,2961$) (siehe Tab.33a).

Es fand sich jedoch ein signifikanter Unterschied der Gesamtzufriedenheit ($p = 0,0011$) zwischen Patientinnen, die auf Station FR01, FR02 oder beiden Stationen gelegen hatten. Patientinnen auf FR01 gaben die niedrigste Gesamtzufriedenheitsbewertung ab, gefolgt von Patientinnen auf FR02 und den Patientinnen, die auf beiden Stationen gelegen hatten (s. Tab. 33b).

Dabei spielte die Art der Erkrankung - grob klassifiziert nach Tumorerkrankungen (Krebs), sonstigen Erkrankungen oder Kinderwunsch - keine Rolle. Hier fand sich kein signifikanter Unterschied der Gesamtzufriedenheit ($p = 0,1457$) (s. Tab. 33b).

Tab.33a: Gesamtzufriedenheit mit dem Aufenthalt in der Frauenklinik, geordnet nach verschiedenen soziodemographischen Parametern; Bewertung auf einer Skala von 1 (sehr zufrieden) bis 6 (vollkommen unzufrieden)				
Item	n	MW \pm SD	Median	Min-Max
<i>Altersklassen:</i>				
bis 20 J	4	2,2 \pm 1,2	2,0	1 - 4
21-30 J	20	2,2 \pm 1,3	2,0	1 - 6
31-40 J	53	1,8 \pm 0,7	2,0	1 - 4
41-50 J	42	1,6 \pm 0,9	1,0	1 - 5
51-60 J	32	1,6 \pm 0,7	2,0	1 - 4
61-70 J	25	1,5 \pm 0,7	1,0	1 - 3
71-80 J	7	1,1 \pm 0,4	1,0	1 - 2
\geq 81 J	4	1,5 \pm 0,6	1,5	1 - 2
<i>Wohnort:</i>				
Dorf	112	1,8 \pm 0,9	2,0	1 - 6
Stadt	74	1,6 \pm 0,8	1,5	1 - 5
<i>Versicherungsstatus:</i>				
Privat versichert	25	1,6 \pm 0,8	1,0	1 - 4
Gesetzlich versichert	134	1,7 \pm 0,9	2,0	1 - 6
Gesetzlich versichert mit Zusatzvers.	27	1,7 \pm 0,9	2,0	1 - 5
<i>Schulabschluss:</i>				
Kein Schulabschluss	2	1,5 \pm 0,5	1,5	1 - 2
Hauptschule	72	1,6 \pm 0,9	1,0	1 - 6
Realschule	41	1,8 \pm 1,0	2,0	1 - 5
Weiterführende Schule	35	1,8 \pm 0,7	2,0	1 - 3
Abitur	14	2,0 \pm 0,9	2,0	1 - 4
Studium	22	1,6 \pm 0,7	2,0	1 - 4
<i>Familienstand:</i>				
Allein stehend/ledig	14	1,7 \pm 0,6	2,0	1 - 3
In Lebensgemeinschaft/verheiratet	148	1,7 \pm 0,9	2,0	1 - 6
Verwitwet/geschieden	24	1,6 \pm 0,8	2,0	1 - 4
<i>Beruf:</i>				
Angestellte	80	1,8 \pm 0,9	2,0	1 - 5
Arbeitslose	5	1,8 \pm 1,3	1,0	1 - 4
Arbeiterin	9	1,6 \pm 0,7	2,0	1 - 3
Auszubildende	1	2,0	-	-
Beamtin	9	1,5 \pm 0,5	2,0	1 - 2
Hausfrau	50	1,7 \pm 0,9	1,0	1 - 6
Rentnerin	17	1,3 \pm 0,5	1,0	1 - 2
Selbständige	12	1,7 \pm 0,7	2,0	1 - 3
Studentin	3	2,6 \pm 1,1	2,0	2 - 4

Tab.33b: Gesamtzufriedenheit mit dem Aufenthalt in der Frauenklinik, geordnet nach verschiedenen soziodemographischen Parametern; Bewertung auf einer Skala von 1 (sehr zufrieden) bis 6 (vollkommen unzufrieden)				
Item	n	MW \pm SD	Median	Min-Max
<i>Station:</i>				
Patientin lag auf FR01	92	1,9 \pm 0,9	2,0	1 - 6
Patientin lag auf FR02	79	1,5 \pm 0,6	1,0	1 - 4
Patientin lag auf FR01 und FR02	3	1,0	1,0	1 - 1
<i>Erkrankungsart:</i>				
Krebs	48	1,5 \pm 0,6	1,0	1 - 3
Andere Erkrankung	124	1,8 \pm 0,9	2,0	1 - 6
Kinderwunsch	9	2,0 \pm 1,0	2,0	1 - 4

Wie aus Tabelle 33a hervorgeht, gibt es einen leichten Unterschied der Gesamtzufriedenheit hinsichtlich Versicherungsstatus (privat versicherte Patientinnen bewerteten den Aufenthalt etwas positiver) und des Schulabschlusses (Patientinnen mit höherer Schulausbildung, waren etwas weniger gut zufrieden mit dem Aufenthalt als Patientinnen mit niedrigerem Schulabschluss. Dies galt jedoch nicht für Patientinnen mit Studienabschluss).

Um zu prüfen, ob diese Diskrepanzen im Aufenthalts auf einer bestimmten Station begründet waren, wurden nur jene Patientinnen separat betrachtet, die entweder auf Station FR01 oder FR02 gelegen hatten. Hierbei ergab sich, dass auf der Station FR02 signifikant häufiger ($p < 0,001$) privat Versicherte stationär gewesen waren. Und es ergab sich ebenfalls, dass Patientinnen auf der Station FR02 häufiger einen mittleren oder höheren Bildungsabschluss (Realschule bis Studium) aufwiesen als Patientinnen auf der Station FR01 (siehe Tabelle 34).

	Station FR01		Station FR02	
	n	%	n	%
<i>Schulabschluss:</i>				
Kein Schulabschluss	2	1,4	-	-
Hauptschule	52	38,8	38	31,9
Realschule	36	26,9	19	16,0
Weiterführende Schule	28	20,9	23	19,3
Abitur	10	7,5	16	13,4
Studium	6	4,5	23	19,3
<i>Versicherungsstatus:</i>				
Privat versichert	1	0,7	39	31,7
Gesetzlich versichert	123	89,8	62	50,4
Gesetzl. versichert mit Zusatzversicherung	13	9,5	22	17,9

Die Zufriedenheit mit dem medizinischen Personal (Stationsschwestern) als auch mit dem ärztlichen Personal (Stationsärzte bis Narkosearzt) war zwischen den beiden Patientinnengruppen mit niedrigerem und höherem Bildungsabschluss jeweils nicht signifikant verschieden ($p > 0,05$). Auch die Gesamtzufriedenheit mit dem stationären Aufenthalt unterschied sich zwischen beiden Bildungsbereichen nicht signifikant ($p > 0,05$) (siehe Tabelle 35).

Zufrieden mit ...	kein Abschluss, Haupt- oder Realschule		weiterführende Schule, Abitur, Studium	
	MW \pm SEM	Median	MW \pm SEM	Median
Stationsschwestern	1,7 \pm 0,1	1	1,8 \pm 0,1	1
Stationsärzten	1,4 \pm 0,1	1	1,5 \pm 0,1	1
Oberärzte/Chefarzt	1,5 \pm 0,1	1	1,5 \pm 0,1	1
Narkosearzt	1,2 \pm 0,1	1	1,3 \pm 0,1	1
Gesamtzufriedenheit	1,7 \pm 0,1	1	1,8 \pm 0,1	2

Die Unterschiede in der Patiententinnenzufriedenheit, die in Tabelle 33b zwischen beiden Stationen aufgezeigt wurden, spiegeln sich bei näherer Betrachtung in unterschiedlicher Zufriedenheit mit dem Personal wider. Patienten auf der Station FR02 waren mit dem Schwesternpersonal wie auch dem ärztlichen Personal jeweils signifikant besser zufrieden als Patientinnen auf der Station FR01. Dies galt dann auch für die Gesamtzufriedenheit (jeweils $p < 0,01$) - siehe Tabelle 36.

Tab. 36: Zufriedenheit mit dem medizinischen Personal und Gesamtzufriedenheit mit stationärem Aufenthalt in Abhängigkeit von der Station				
Zufrieden mit ...	Station FR01		Station FR02	
	MW \pm SEM	Median	MW \pm SEM	Median
Stationsschwestern	2,0 \pm 0,1	2	1,5 \pm 0,1	1
Stationsärzten	1,6 \pm 0,1	1	1,3 \pm 0,1	1
Oberärzte/Chefarzt	1,7 \pm 0,1	1	1,3 \pm 0,1	1
Narkosearzt	1,4 \pm 0,1	1	1,2 \pm 0,1	1
Gesamtzufriedenheit	1,9 \pm 0,1	2	1,5 \pm 0,1	1

5. Diskussion

5.1. Vergleich der Ergebnisse der eigenen Studie mit der Literatur

5.1.1. Soziobiologische Daten

In die vorliegende Studie wurden 196 Patientinnen der Universitätsfrauenklinik Homburg/Saar aufgenommen. Das mittlere Alter der Patientinnen lag bei 46,4 Jahren (19 bis 87 Jahre). Im Patientinnenkollektiv dominierten die 31-40jährigen Patientinnen mit 29,1%, gefolgt von den 41-50jährigen (21,4%) und den 51-60jährigen (17,9%). Jüngere und ältere Patientinnen waren seltener.

Es existieren zahlreiche Patientenstudien zur Messung der Patientenzufriedenheit anderer Autoren, die zum großen Teil hinsichtlich Alters- und Geschlechtsverteilung nicht aber mit der eigenen Erhebung vergleichbar sind. Wüthrich-Schneider und Rageth (2000) befragten auch Patientinnen aus dem stationären gynäkologischen Bereich. Sie gaben leider keine Altersverteilung an. Borde et al. (2002) untersuchten nur deutsche und türkische Patientinnen einer Berliner Frauenklinik. Die deutschen Patientinnen waren zu 48,5% unter 30 Jahre alt, zu 40,5% zwischen 30-50 Jahren und zu 11% über 50 Jahre alt. Die Türkinnen waren entsprechend zu 14,7%, 57,5% und zu 27,8% in den Altersgruppen vertreten. Damit war das Alter dieser Patientinnen ähnlich wie in der eigenen Studie. Ravi und Filani (2002) befragten ebenfalls Patientinnen einer gynäkologischen Station in Riyadh, Saudi-Arabien. Allerdings handelte es sich überwiegend um Patientinnen der Geburtshilfe. Das Alter verteilte sich anders als in der eigenen Studie und zwar waren 32,2% der Patientinnen 21-25 Jahre alt, 25% waren zwischen 26-30 Jahre, 22% zwischen 31-35 Jahre, 16% zwischen 36-40 Jahre alt. Unter 21 Jahren und über 40 Jahren waren nur wenige Patientinnen. Diese unterschiedliche Altersverteilung hängt hier möglicherweise mit dem unterschiedlichen Kulturkreis und der höheren Anzahl geburts-hilflicher Patientinnen zusammen. In einer Studie von Bayer (2002), in der die subjek-tive Zufriedenheit von Patienten eines ostdeutschen Krankenhauses untersucht wurde, befragte man ebenfalls Patientinnen einer gynäkologischen Abteilung. Das mittlere Alter der Patientinnen betrug 58,15 Jahre, eine Angabe zur

Altersverteilung jedoch liegt in dieser Studie nicht vor. Wüthrich-Schneider (1999) verglich das mittlere Alter der Patienten in drei verschiedenen Schweizer Krankenhäusern miteinander. Auch bei ihr wurden ausschließlich Patientinnen aus gynäkologischen Abteilungen befragt. Das mittlere Alter der Patientinnen in der Klinik in Uster betrug 47,2 Jahre, in der Klinik in Limmattal lag es bei 54,1 Jahren und jenes im Universitätsspital Zürich lag bei 52 Jahren. Auch hier wurden keine Angaben zur Altersverteilung veröffentlicht.

Insgesamt zeigt die Durchsicht der entsprechenden Studien aus der Literatur, dass die Alters- und Geschlechtsverteilung in den einzelnen Befragungsstudien sehr stark differieren und schlecht vergleichbar sind. Berücksichtigt man nur die Studie an gynäkologischen Patientinnen in Deutschland (Borde et al. 2002), so findet sich eine ähnliche Altersstruktur bzw. ein ähnliches Durchschnittsalter.

5.1.2. Sozioökonomische Daten

Was die in dieser Studie ausgewerteten sozioökonomischen Daten (Schulabschluss, Studium, Berufstätigkeit) betrifft, waren die eigenen Patientinnen mit jenen der Literatur vergleichbar.

Die Frauen in der Studie von Borde et al. (2002) waren, was die deutschstämmigen Patientinnen betraf, mit den eigenen Patientinnen vergleichbar, nicht aber hinsichtlich der türkischen Patientinnen. Nie eine Schule besucht hatte keine der deutschen Patientinnen, allerdings 10,2% der Türkinnen. Ohne Schulabschluss waren 5,1% der deutschen Patientinnen, aber 39,7% der türkischen Patientinnen. Haupt- und Realschulabschluss hatten 52,7% der deutschen und 37,9% der türkischen Patientinnen. Fachabitur, Abitur oder Hochschulabschluss wiesen 42,2% der deutschen und 12,2% der türkischen Patientinnen auf. In der unteren Erwerbsgruppe tätig waren 14,4% der deutschen und 22,4% der türkischen Patientinnen. In der mittleren Erwerbsgruppe waren es 23,8% bzw. 6% und in der höheren Erwerbsgruppe lag der Anteil bei 17,1% bzw. 0,8%. Die meisten Türkinnen (38,8%) waren Hausfrauen, allerdings lediglich 9,4% der deutschen Frauen. Arbeitslos waren 14,8% der türkischen und 11,7% der deutschen Frauen.

Rentnerinnen waren 6% der türkischen und 14,5% der deutschen Patientinnen. Sonstige Tätigkeiten übten 11,2% der Türkinnen und 9,1% der deutschen Patientinnen aus. Die Patientinnen von Ravi und Filani (2002) in der gynäkologischen Universitätsklinik in Riyadh, Saudi-Arabien hatten zu 15,6% keine Schule besucht, 10% hatten zwischen 1-5 Schuljahre und 31,8% zwischen 6-10 Schuljahre absolviert. 36% hatten einen College- oder Universitätsabschluss. Nur 0,4% waren berufstätig. Hier zeigt sich, dass der sozio-kulturelle Hintergrund eng mit dem Grad des Schulabschlusses bzw. der Berufstätigkeit verknüpft ist. Vergleichbare Studien, welche wie die vorliegende Arbeit das Bildungs- und Berufsspektrum der Patientinnen genauer aufgeschlüsselt hätten, liegen noch nicht vor.

7,1% der eigenen Patientinnen waren allein stehend, 79,6% verheiratet oder mit einem Partner zusammenlebend, 13,3% waren verwitwet oder geschieden. In der Studie von Borde et al. (2002) waren 29% der deutschen und 4,6% der türkischen Patientinnen ledig. Somit lag der Anteil der verheirateten oder mit einem Partner zusammenlebenden Patientinnen mit fast 80% etwas über jenem Anteil (ca. 70%), der von Borde et al. (2002) bei deutschen Patientinnen berichtet wird. Die Diskrepanz ergibt sich wohl daraus, dass in der eigenen Studie die Patientinnen aus einem eher ländlich geprägten Umfeld stammen, während das Patientinnenkollektiv von Borde et al. (2002) aus der Großstadt Berlin stammte.

13,3% der eigenen Patientinnen waren reine Privatpatientinnen, weitere 1,5% waren Privatpatientinnen mit diversen Zusatzversicherungen. 71,4% der Frauen waren gesetzlich versichert, 13,7% waren gesetzlich versichert und hatten Zusatzversicherungen wie Krankenhaustagegeld, private Zusatzversicherungen oder sonstige Versicherungen. Auch in der Studie von Baberg et al. (2001) waren die meisten befragten Patientinnen gesetzlich versichert. Die Patientinnen waren zu 82,5% gesetzlich und zu 17,5% privat versichert. Diesbezüglich sind also die eigenen Patientinnen mit denen von Baberg et al. (2001) vergleichbar.

5.2. Zufriedenheit mit früherem Klinikaufenthalt

Etwas mehr als die Hälfte der Frauen war noch nie an der Universitätsfrauenklinik Homburg gewesen. Jene, die bereits einmal stationäre Patientinnen der Universitäts-Frauenklinik waren, waren vorwiegend wegen Geburt, Sectio oder Karzinom aufgenommen worden. Die meisten der 76 diesbezüglich befragbaren Patientinnen waren bereits bei dem letzten Aufenthalt mit der Behandlung sehr zufrieden (n=34; 44,7%) bzw. zufrieden gewesen (n=26; 34,2%).

Hier zeigte sich also deutlich, dass die Universitätsfrauenklinik bei den Patientinnen sehr positiv im Gedächtnis geblieben war und dass sie ihren damaligen Aufenthalt dort als deutlich besser in Erinnerung hatten als die Aufenthalte in anderen Kliniken. Interessanterweise waren die Frauen umso zufriedener mit ihren früheren Aufenthalten in der Frauenklinik gewesen, je kürzer dieser zurücklag. Der aktuelle Aufenthalt wurde am allerbesten (mit im Durchschnitt 1,5 Punkten) bewertet. Dies zeigt eindrucksvoll, wie sich die Zufriedenheit der Patientinnen über die Jahre verbessert hat.

Wüthrich-Schneider und Rageth (2000) stellten fest, dass die Patientenzufriedenheit ihrer befragten Patientinnen einer gynäkologischen Station umso höher ausfiel, je häufiger sie bereits zuvor in der gleichen Klinik behandelt worden waren. Insbesondere Patientinnen, die bei ihrem früheren Aufenthalt sehr zufrieden waren, wählten für den untersuchten Klinikaufenthalt wieder die Universitätsklinik und nicht eine andere Klinik. Möglicherweise beruht dies darauf, dass nur diejenigen Patientinnen, die wirklich sehr zufrieden waren, bei erneuter Einweisung die gleiche Klinik besuchten. Dies dürfte auch bei den Patientinnen der eigenen Studie der Fall gewesen sein.

5.3. Ursache des aktuellen Klinikaufenthaltes und Gründe für die Klinikwahl

Die Ursachen für den aktuellen Klinikaufenthalt der eigenen Patientinnen waren zumeist Mammakarzinome, Hysterektomien oder Myomentfernungen. Andere Erkrankungen waren seltener. Ein gewisser Prozentsatz der Patientinnen war wegen Kinderwunsches in die Klinik aufgenommen worden. Die Art der Erkrankung der aufgenommenen Patientinnen, grob eingeteilt in die Krankheitsursachen Tumorerkrankung, sonstige Erkrankungen oder Kinderwunsch, hatten keinen signifikanten Einfluss auf die Gesamtzufriedenheit der Patientinnen.

Gründe für die Wahl gerade der Universitätsfrauenklinik Homburg waren meist die fachliche Qualifikation, welche die Frauen den Ärzten zubilligten. Von diesen Frauen waren die meisten auf Empfehlung des niedergelassenen Facharztes in die Klinik gekommen.

Interessanterweise zeigt sich bei der Durchsicht der Vergleichsliteratur, dass die Qualifikation der Klinikärzte auch in mehreren anderen Publikationen das wichtigste Kriterium war, das die Patienten als ausschlaggebend für die Wahl der Klinik ansahen. Auch in der Studie von Baberg et al. (2001) wurde das Fachwissen der behandelnden Ärzte als am allerwichtigsten eingestuft. Auch in der Studie von Borde et al. (2002) hatten unabhängig von der Deutsch- oder Türkischstämmigkeit der Patientinnen alle Befragten hohe Erwartungen an die fachliche Kompetenz und Qualifikation der Ärzte und Pflegekräfte. Nathorst-Böös et al. (2001) befragten zur Erstellung eines endgültigen Patientenfragebogens 35 Frauen der gynäkologischen Abteilung des Karolinska-Hospitals in Stockholm. Es zeigte sich, dass die fachliche Qualifikation der Ärzte, aber auch die Erreichbarkeit der Klinik sowie die Ausstattung mit hochwertigen medizinischen Geräten, den Frauen sehr wichtig waren. An erster Stelle stand auch in dieser Studie die Qualifikation der Ärzte. Dierks (1995) ermittelten ebenfalls die fachliche Kompetenz der Ärzte als ganz wesentliche Erwartungskomponente von Patienten.

Bei der Frage der wichtigsten Faktoren hinsichtlich der Auswahl der Kliniken kristallisierten sich aus den Antworten der Patienten von Wheatley (1997) drei Hauptgesichtspunkte heraus. Das waren zum einen die Erfahrung und Kompetenz der Ärzte, zum zweiten das Eingehen der Ärzte auf die Fragen der Patienten und

zum dritten der Kommunikationsstil der Ärzte. Auch in dieser Studie zeigte sich, dass die Qualifikation der Klinikärzte bezüglich fachlicher und menschlicher Kompetenz der wesentlichste Auswahlparameter für die Wahl einer gynäkologischen Klinik war.

Wie bei den eigenen Patientinnen stellte sich auch in der Studie von Wheatley (1997) klar heraus, dass die meisten Patienten durch ihre niedergelassenen Gynäkologen aber auch durch andere Patienten, Freunde und Mitarbeiter auf die positiven Eigenschaften der gewählten Klinik hingewiesen worden waren. Freter und Glasmacher (1996) werteten vier Patienten-Zufriedenheits-Studien des Lehrstuhls für Marketing in Siegen aus. Alle Studien zusammen umfassten etwa 600 Fragebögen. Dabei zeigte sich ebenfalls, dass für die Beurteilung eines Krankenhauses die Qualität der ärztlichen und pflegerischen Arbeit für die befragten Patienten von vorrangiger Bedeutung ist.

Zusammenfassend kann man sagen, dass das wichtigste Entscheidungskriterium für die Patientinnen die fachliche Kompetenz des Krankenhauses ist, gefolgt von der Empfehlung durch den Facharzt bzw. durch ehemalige Patienten.

5.4. Bedeutung der bürokratischen Aspekte des Klinikaufenthaltes und der Funktionsbereiche

Die eigene Befragungsuntersuchung zeigte, dass die Patientinnen die gesamte Aufnahme-prozedur, die Kompetenz von Pförtner, Anmeldepersonal, Verwaltung und Ambulanz durchweg als gut bis sehr gut beurteilten.

Wüthrich-Schneider (1999) ermittelten im Aufnahmebereich einer Klinik im schweizerischen Uster eine Patientenzufriedenheit von 78,9%. In der Klinik von Limmattal betrug sie 72,7% und in der Universitätsklinik Zürich war sie 68,5%. In der eigenen Studie waren bei der Gesamtzufriedenheit mit dem Klinikaufenthalt 45,7% der Patientinnen sehr zufrieden und weitere 40,9% zufrieden. Somit liegen die eigenen Ergebnisse deutlich besser.

Es zeigte sich hinsichtlich der Bewertung der Aufnahme-prozedur und der Ambulanz, dass die Erwartungen der Patientinnen (1,8 Punkte bezüglich der Wartezeit) höher gewesen waren als die schließlich erreichte, tatsächliche Zufriedenheit (2,9 Punkte), aber die tatsächliche Zufriedenheit immer noch gut bis befriedigend ist. Es lassen sich jedoch die Abläufe der stationären Aufnahme, darunter vor allem die Wartezeit und der Organisationsablauf in der Ambulanz, sicherlich noch weiter verbessern.

Das Pflegepersonal auf Station wurde während der Aufnahme-prozedur als kompetent eingestuft (1,8 Punkte auf einer Skala von 1-6). Hier gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen der Einschätzung des Pflegepersonals auf den beiden untersuchten Stationen der vorliegenden Arbeit. Die mittlere Wartezeit auf den Arzt betrug 142 Minuten, die mittlere Wartezeit bis zum Bezug des Zimmers 113 Minuten. Auch hier gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Stationen der Frauenklinik. Die Wartezeit wurde auf einer Skala von 1-6 Punkten mit einem Wert von 1,8 erwartet, die tatsächliche Zufriedenheit mit der Wartezeit unterschied sich davon signifikant. Sie lag mit 2,9 Punkten deutlich schlechter. Auch hier wäre eine Verbesserung der Abläufe zur Verringerung von Wartezeiten sinnvoll.

Besonders wichtig (1,2 Punkte) werteten die Patientinnen die Zeit und die Zuwendung durch den Arzt bei der Untersuchung. Die Erwartung bezüglich Zeit

und Zuwendung betrug 1,2 Punkte, die Zufriedenheit mit dem tatsächlichen Erleben bei der Untersuchung wurde signifikant schlechter (1,7 Punkte) bewertet. Daraus kann ebenfalls ein Verbesserungsbedarf bezüglich Empathie und Kommunikation des ärztlichen Personals abgeleitet werden.

Weiterhin war den Patientinnen sehr wichtig, dass die Ärzte in ihrer Zuständigkeit nicht wechselten, gefolgt von der Bedeutung kurzer Wartezeiten. Insgesamt betrug die tatsächliche Zufriedenheit mit den Leistungen der Ambulanz für die Zeit und Zuwendung durch den Arzt 1,7 Punkte, für den Organisationsablauf in der Ambulanz 2,1 Punkte, für kurze Wartezeiten 2,9 Punkte. Angaben sowohl zu den Erwartungen, die vor der Aufnahme bestanden, als auch zur tatsächlichen Zufriedenheit machten 159 Patientinnen.

Geringe Wartezeiten sind auch in den Studien anderer Autoren als wichtiger Parameter herausgearbeitet worden. Zinn und Schena (2000) ermittelten, dass geringe Wartezeiten dem Patienten etwa halb so wichtig wie die ärztliche Betreuung waren, die übrigens auch in deren Studie an erster Stelle stand. Bain et al. (1999) stellten bei Patienten, die ambulant operiert worden waren, fest, dass die meisten Unzufriedenheitsäußerungen der Patienten sich auf zu lange Wartezeiten zwischen Anmeldung, Operation und Entlassung bezogen. Aus diesen Resultaten sowie den eigenen Ergebnissen lässt sich also der Schluss ziehen, dass, falls Wartezeiten nicht zu vermeiden sind, dem Patienten unbedingt die Dauer und die Ursache der Wartezeit erklärt werden muss, damit sich möglichst kein Ärger aufbaut und sich Wartezeiten nicht negativ auf die Gesamtbewertung der Klinik auswirken.

Auch in anderen Studien werden die Funktionsbereiche (z.B. Röntgenabteilung, EKG, Bäderabteilung) von den Patienten als wichtig eingeschätzt (Freter und Glasmacher 1996, Seyfarth-Metzger et al. 1997). Rund 86% der Patienten von Seyfarth-Metzger et al. (1997) fühlten sich diesbezüglich gut oder ausgezeichnet behandelt. Auf einer Skala von 1 (sehr schlecht) bis 5 (sehr gut) beurteilten die befragten Patienten von Bayer (2002) die Zufriedenheit mit dem Funktionsbereich im Mittel mit 4,44 Punkten. Insgesamt zeigt sich, dass bezüglich des Vergleichs Erwartung-Ist-Ebene sowohl in der eigenen Untersuchung als auch in der Literatur mittlere Erwartungshaltungen bezüglich der Aufnahme-prozedur und des

Funktionsbereiches bestanden (Freter und Glasmacher 1996, Seyfarth-Metzger et al. 1997), die in der Ist-Ebene durchweg erfüllt wurden (Wüthrich-Schneider 1999, Seyfarth-Metzger et al. 1997). Das bedeutet, dass sowohl bezüglich der Erwartungsebene (Beurteilung der Bedeutung bestimmter Parameter) die eigenen Ergebnisse gut mit der Literatur vergleichbar sind, als auch bezüglich der Ist-Ebene (Beurteilung der tatsächlichen Zufriedenheit mit bestimmten Parametern).

5.5. Beurteilung der ärztlichen und pflegerischen Behandlungsqualität

Zu den eigentlichen medizinischen Prozeduren, der dazu gehörenden Aufklärung und dem Verhalten der einzelnen Berufsgruppen befragt, war den interviewten Patientinnen die Krankheitsaufklärung im Einzelgespräch mit dem Arzt am bedeutendsten, die sie mit 1,0 Punkten als sehr wichtig bewerteten. Die Anwesenheit von Angehörigen (2,2 Punkte) oder von Pflegepersonal (2,9 Punkte) waren dagegen weniger wichtig.

Sehr zufrieden waren die Patientinnen mit den Bemühungen des Pflegepersonals (1,8 Punkte) und der Ärzte (1,6 Punkte). Die ärztliche Behandlung wurde durchweg als sehr gut bis gut beurteilt. Sehr gut fanden die Frauen, dass der Arzt sie stets freundlich behandelt hatte (1,4 Punkte). Die Patientinnen hatten großes Vertrauen zu ihrem Arzt (1,8 Punkte). Die Zufriedenheit mit den Ärzten wurde insgesamt als gut bis sehr gut beurteilt. Die fachärztliche Betreuung erhielt im Durchschnitt 1,5 und die Beantwortung der von ihnen gestellten Fragen 1,9 Punkte. Die ärztliche Visite schnitt mit sehr zufrieden bis gut zufrieden ab. Sehr zufrieden waren die Frauen mit der individuellen Schmerzmittelanwendung (1,8 Punkte). Insgesamt zeigte sich, dass die Patientinnen die ärztliche und pflegerische Behandlung durchweg mit Noten zwischen 1,4 bis 1,9 bewerteten. Auch wenn diese Beurteilung ein sehr gutes bis gutes Ergebnis darstellt, zeigt sich doch, dass bis zur völligen Zufriedenheit (1,0) weiterer Spielraum vorhanden ist. Es könnten Teilaspekte der Bewertung kritischer betrachtet werden und z.B. Werte von 2,0 oder mehr Punkten bereits als "verbesserungswürdig" eingestuft werden.

Mit dem Eingehen auf persönliche Wünsche und individuelle Informationsvermittlung waren die Befragten gut zufrieden (2,0 Punkte). Mit der Wahrung der Privatsphäre, Diskretion und Abgrenzung zu anderen Patientinnen waren die Befragten gut zufrieden (2,2 Punkte). Diesen beiden Themenkomplexen sollte im täglichen Umgang mit den Patientinnen mehr Beachtung geschenkt werden. Jeweils 2,0 Punkte erhielten die menschliche und seelische Betreuung sowie die Zeit, die sich der Arzt/die Ärztin für die Betreuung genommen hatte. Allerdings wünschten sich 47% der Patientinnen sehr und 33,7% wünschten es sich deutlich, dass auch schwierige Themen von Ärzten und Pflegepersonal angesprochen würden.

Bedenkt man, dass die Gesamtbewertung erheblich besser war, so sind diese Punkte, die nur im Zweier-Notenbereich lagen, im Vergleich zur Gesamtbeurteilung bereits als kritisch bis „schlecht“ zu sehen. Gerade die Items, die mit 2-2,9 Punkten abschnitten, spiegeln die Problematik der Kostendämpfung im Krankenhaus wider. Wo zu wenig Geld für Personal vorhanden ist, kann die Zeit, die sich die Ärzte und das Pflegepersonal für die Betreuung der Patientinnen nehmen können, nicht länger sein. Das Gleiche gilt für die Wahrung der Privatsphäre. In Zimmern mit Mehrfachbelegung ist diese nur eingeschränkt zu gewährleisten. Alle diese Punkte sind Aspekte, die Kosten verursachen und die sich daher mit den zur Zeit vorhandenen Mitteln nicht verbessern lassen werden.

Die Parameter Diskretion (2,2 Punkte), menschlich-seelische Betreuung (2,0 Punkte) und das Eingehen auf die diversen Fragen und Wünsche der Patientinnen (2,0 Punkte), ist nur sehr schwer mit Literaturstudien vergleichbar, denn es wurden von anderen Autoren sehr unterschiedliche Kliniken und Abteilungen untersucht und die Befragungen waren im allgemeinen wesentlich ungenauer als die eigene Befragung. Baberg et al. (2001) stellten ebenfalls bei ihren Patienten fest, dass sie regelmäßige und zeitlich ausreichende Visiten erwarteten. Die Patientinnen von Borde et al. (2002) erwarteten auch eine sorgfältige Untersuchung und Behandlung durch Ärzte und Pflegekräfte, Ehrlichkeit bei der Aufklärung sowie größtmögliche Sicherheit. Die Erwartungen an die kommunikativen Fähigkeiten des Klinikpersonals und der Ärzte äußerte sich in hohen Patientinnenerwartungen an verständliche Informationen über die medizinische Maßnahme, freundliche und geduldige Erklärungen, Informationen und Beratungen durch Ärztinnen und Ärzte, Hilfsbereitschaft und Freundlichkeit sowie ausreichend Zeit des Personals. Diese Erwartungen waren ebenso bei deutsch- wie türkisch-stämmigen Patientinnen vorhanden. Ausführliche und verständliche Informationen forderten auch die Patienten aus der Studie von Dierks (1995).

Die Patientinnen von Bayer (2002) beurteilten den ärztlichen Bereich auf einer Skala von 1 (sehr schlecht) bis 5 (sehr gut) mit im Mittel 4,48 Punkten. Wüthrich-Schneider (1999) ermittelte in Uster eine Patientenzufriedenheit mit den Ärzten von 80%, in Limmattal von 75,9% und in Zürich von 74,1%.

Nach Phillips (1996) hängt die Zufriedenheit mit der Aufklärung stark von der Arzt-Patienten-Beziehung ab. Trifft der Patient auf ein eher autoritäres Verhalten des Arztes mit wenig Empathie, führt dies zu einer verstärkten Unzufriedenheit. Wheatley (1997) stellte fest, dass die Patientinnen die prompte Beantwortung aller Fragen von den Ärzten erwarten, dass sie komplett über sämtliche Untersuchungsbefunde vollständig aufgeklärt werden wollen und dies in verständlicher Form. In einer Studie von Hall und Dornan (1988b) lag die Beurteilung der Aufklärung durch die Ärzte mit einem Scorewert von 0,4 (Scorebereich 0-1) auf dem achten von 11 Plätzen bezüglich der Zufriedenheit der Patienten. Deutlich zufriedener waren die Patienten mit der Gesamtqualität der Behandlung (1. Platz: 0,69 Punkte), der Menschlichkeit des medizinischen Personals (2. Platz: 0,66 Punkte), der fachlichen Kompetenz (3. Platz: 0,63 Punkte), dem Behandlungsergebnis (4. Platz: 0,6 Punkte), der klinischen Einrichtung (5. Platz: 0,52 Punkte), der Kontinuität der Pflege (6. Platz: 0,48 Punkte) und den Möglichkeiten des Zugriffs auf medizinische Behandlungen (7. Platz: 0,42 Punkte). Nur mit den Behandlungskosten (9. Platz: 0,28 Punkte), der Klinikbürokratie (10. Platz: 0,24 Punkte) und der Aufmerksamkeit des Personals bezüglich psychosozialer Probleme (11. Platz: 0,15 Punkte) waren die Patienten in der Studie von Hall und Dornan (1988b) noch weniger zufrieden als mit der Information durch die Ärzte. Dies zeigt, dass auch in anderen Kliniken das Informationsbedürfnis der Patienten groß ist und dass in diesem Bereich Defizite vorhanden sind. Nach Fleissig et al. (1999) haben Patienten oft Schwierigkeiten, ihre Fragen zu formulieren und wichtige Aspekte ihrer Erkrankung und Therapie mit dem behandelnden Arzt zu diskutieren, selbst wenn sie sich vorher sicher waren, welche Fragen sie stellen wollten. Dies lässt den Schluss zu, dass die Ärzte bei den Gesprächen mit ihren Patienten bei der Formulierung ihrer Fragen behilflich sein und ihnen Stichworte und Anregungen geben müssen. Die Ausformulierung ist für die Patienten häufig schwierig, da sie möglicherweise durch die ärztlicherseits übliche Anwendung von Fachbegriffen verunsichert sind und ihnen in der Aufregung nicht alle Fragen einfallen. Gerade bei diesen Aspekten kann der Arzt seine Autorität bzw. Dominanz positiv nutzen, während er durch aktives Nachfragen bzw. offene Fragen dazu beitragen kann, dass der Patient sich angenommen fühlt und auch in der Lage ist, die Fragen, die ihn

bewegen, zu stellen. Aufgabe des Arztes ist es, Vertrauen herzustellen und eine Atmosphäre zu schaffen, die es dem Patienten ermöglicht, ohne Hemmungen und Ängste alle Fragen anzusprechen, die ihm wichtig erscheinen.

Hieraus lässt sich die Folgerung ableiten, dass eine ausreichende Zeitspanne, ein die Diskretion wahrender Raum und eine ehrliche und offene Gesprächsführung, die auf persönliche Fragen und Wünsche des Patienten eingeht, die Voraussetzungen für eine zufriedenstellende Arzt-Patienten-Kommunikation darstellen. Auch andere Patientenbefragungen stützen diese These.

In der Studie von Seyfarth-Metzger et al. (1997) beurteilten 5% die Frage, wie sie vom ärztlichen Personal über ihre Krankheit und die Behandlung informiert wurden, mit schlecht, 15% antworteten mit teils-teils, 52% mit gut und 28% mit ausgezeichnet. Die ärztlichen Visiten am Krankenbett fanden 3% schlecht, 15% teils-teils, 58% gut und 24% ausgezeichnet. Auf die Frage, ob jemand erreichbar war, wenn die Patienten dringend ärztliche Hilfe brauchten, antworteten 3% mit nein, 7% mit teils-teils und 90% mit ja. Auch Schwestern und Pfleger waren für 92% der Patienten stets erreichbar. Für 88% hatten auch die Angehörigen ausreichend Gelegenheit, mit Ärzten und Pflegepersonal zu sprechen. 94% fühlten sich vom Krankenhauspersonal immer respektvoll behandelt. In einer weiteren Studie von Wüthrich-Schneider (2000) an 329 stationären, gynäkologischen Patientinnen wurde der Bereich der Ärzte im allgemeinen als sehr gut bewertet. Allerdings wurde die Art der Visite signifikant niedriger bewertet als der übrige ärztliche Bereich. Hannover et al. (2000) betonen die große Bedeutung der Dimension "ärztliche Betreuung", aber auch die Betreuung durch das Pflegepersonal für die Gesamtzufriedenheit der Patienten. In der Studie von Freter und Glasmacher (1996) beurteilten die Mehrzahl der Patienten die medizinische Betreuung als einwandfrei mit einem Durchschnitt von 1,54 Punkten auf einer Skala von 1-5. Die Ärzte schienen den Patienten als gut ausgebildet und genossen einen guten Ruf.

Seyfarth-Metzger et al. (1997) stellten fest, dass gute Information und freundliches Personal für die Patienten am allerwichtigsten waren, da zwischen den Gesamturteilen der Patienten über den Krankenhausaufenthalt und den Urteilen über das Personal und insbesondere über die Qualität der ärztlichen Visiten und Informationen ein sehr enger statistischer Zusammenhang bestand. Dies ist ein sehr

wichtiger Aspekt, da es sich bei der Studie von Seyfarth-Metzger et al. (1997) um eine Umfrage auf der Basis der Erwartungen der Patienten handelte.

In einer Leserumfrage der Zeitschrift TEST (1995) über Krankenhäuser und ihre Leistungen äußerten die an der Umfrage teilnehmenden Patienten bezüglich der Aufklärung häufig Kritik. Auch fühlten sich zahlreiche Patienten in ihrer Privatsphäre missachtet, weil Trennwände oder Sichtblenden zu den Mitpatienten teilweise fehlten oder die ärztliche Befragung vernehmlich vor aller Ohren stattfand. Dies war in der Universitätsfrauenklinik Homburg deutlich besser, so dass die Patientinnen hier zufriedener waren.

5.6. Beurteilung von Operationen und Chemotherapie

Bezüglich einer eventuell durchgeführten Operation oder Chemotherapie sowie der zugehörigen Aufklärung wurden die eigenen Patientinnen ebenfalls befragt. Bei 170 Patientinnen war eine Operation geplant. Mit der Diskretion und Abgrenzung zu anderen Patientinnen waren die Frauen sehr zufrieden, ebenfalls mit dem Eingehen auf persönliche Wünsche und individuelle Informationen. Auch Bemühungen seitens des Pflegepersonals und der Ärzte wurden sehr gut bewertet. Die Anwendung von Schmerzmitteln, die Situation im Wachzimmer und die Einbeziehung von Partner und Begleitpersonen bei der Operation wurden als gut bis sehr gut bewertet. Die Frauen waren mit der Operation insgesamt zufriedener als mit der allgemeinen Behandlung. Über die Operation fühlten sich die Patientinnen im allgemeinen gut aufgeklärt und auch gut betreut bei allen Maßnahmen, die vor, während und nach der Operation mit ihnen geschahen.

Nach Reibnitz und Güntert (1996) hat die postoperative Betreuung der Patienten eine große Bedeutung für die Gesamtzufriedenheit. Wüthrich-Schneider (1999) ermittelte hinsichtlich der Patientenzufriedenheit einzelner Bereiche bei den Operations- und Untersuchungsräumen im schweizerischen Krankenhaus Uster einen Zufriedenheitsgrad von 69,8%, in Limmattal 68,2% und im Universitätsspital Zürich 68,6%. Zufrieden mit der Anästhesie waren in dieser Studie 81%, 75,1% bzw. 74,7%. Mit der Situation im Aufwachraum waren 80% zufrieden, in Limmattal fehlten hierzu Daten, und im Universitätsspital Zürich waren 78,8% der Patientinnen zufrieden. Nach Gottschalk et al. (2004) korreliert die Patientenzufriedenheit mit dem Schmerzniveau und daher ist eine gute Analgesie von großer Bedeutung. Eine ausreichende Schmerztherapie schlägt sich positiv in der Gesamtbeurteilung nieder.

Eine Chemotherapie erhielten 28 Patientinnen und 81% von diesen Frauen konnten zwischen den Zyklen ihren Arzt anrufen. Die 10 Patientinnen, die diese Möglichkeit wahrnahmen, mussten maximal 5 Minuten warten, bis der Arzt Zeit für sie hatte. Es empfanden sich 28,7% der befragten Patientinnen im Bereich der Nachsorge als vollständig, 32,2% als gut und 16,1% als normal informiert. 5,7% empfanden sich als weniger, 3,5% als schlecht informiert. Die Zufriedenheit mit der Information

über die Nachsorge lag im Durchschnitt bei 2,6 Punkten. Diese Zahlen zeigen, dass gerade bei der Information über die Nachsorge noch Handlungsbedarf besteht. Das gleiche gilt hinsichtlich der Informationen über die Rehabilitationsmöglichkeiten. Die Zufriedenheit mit der Information über Rehabilitationsmöglichkeiten betrug 3,7 Punkte, über die Stellung von Anträgen 4,9 Punkte, über Haushaltshilfenvermittlung 5,3 Punkte und über alternative Therapieformen 5,1 Punkte. Bei der Nachsorge fühlten sich die Frauen wesentlich unsicherer und auch weniger informiert. In diesem Bereich scheint also Verbesserungsbedarf vorhanden zu sein.

5.7. Menschliche und seelische Betreuung

Die menschliche und seelische Betreuung wurde von den Patientinnen der eigenen Studie durchweg als gut beurteilt. Am positivsten beurteilten die Frauen die Unterstützung durch die eigenen Angehörigen mit 1,3 Punkten. Dies unterstreicht einmal mehr, dass gerade bei Karzinompatienten die nächsten Angehörigen die wichtigsten stützenden Personen sind (Hunstein 1999).

Die Unterstützung durch die Stationsärzte wurde ebenfalls als sehr gut bis gut bewertet (1,8 Punkte), die Unterstützung durch Schwestern und Pflegern mit 1,9 Punkten, auch die Unterstützung durch die Oberärzte erhielt im Mittel 1,9 Punkte. Zwischen der Betreuung durch Stationsärzte, Oberärzte und Pfleger gab es also keinen relevanten Unterschied. Vom Chefarzt fühlten sich die Frauen gut unterstützt (2,5 Punkte). Am schlechtesten schnitt der Klinikseelsorger (3,3 Punkte) ab. Für 79,5% der befragten Frauen war die menschliche und seelische Betreuung sehr wichtig, 15,1% beurteilten sie als wichtig. Hier klafft also noch eine Lücke zwischen Patientinnenwunsch und Klinikwirklichkeit.

Auch in anderen Studien ist die menschliche Betreuung stets auf den oberen Plätzen der Rangreihenfolge der wesentlichen Aspekte einer Klinik angesiedelt. In der Studie von Hall und Dornan (1988a) rangierte die Menschlichkeit auf dem 2. Platz. Nach Wheatley (1997) ist hinsichtlich der seelischen und menschlichen Betreuung der Kommunikationsstil der Ärzte von wesentlicher Bedeutung. Hier erwarten die Patientinnen ein aktives Eingehen auf ihre Bedürfnisse und eine aktive menschliche Unterstützung. Auch nach Reibnitz und Güntert (1996) ist die soziale Kompetenz der Ärzte eng mit dem Begriff der Zufriedenheit verbunden und weist eine hohe Priorität auf. Dabei ist die fachliche und soziale Kompetenz des ärztlichen Personals in der präoperativen Phase bedeutender als in der postoperativen Phase. Hier besteht möglicherweise ein Zusammenhang mit der Angst, die vor einer Operation größer ist als danach, wenn "alles überstanden" ist. Je ängstlicher die Grundstimmung der Patientin ist, desto wichtiger ist Vertrauen und Vermittlung von Sicherheit.

Im pflegerischen Bereich dominierte in dieser Studie die Bedeutung der sozialen Kompetenz anzahl- und rangmäßig über der Wichtigkeit der fachlichen Kompetenz.

Daraus lässt sich schließen, dass die Patientinnen vom Pflegepersonal besonders starke menschliche und seelische Betreuung erwarten. In der Studie von Borde et al. (2002) lag auf einer Skala von 1 (schlecht) bis 5 (sehr gut) die Bewertung der psychosozialen Betreuung der Patientinnen bei deutschen Frauen bei 3,36 und bei Türkinnen bei 3,74. Diese Werte liegen etwas niedriger als die Daten der eigenen Untersuchung. In einer Befragungsstudie (TEST 1995) an Lesern zeigte sich, dass die meisten befragten Leser bei Krankenschwestern und -pflegern, Ärztinnen und Ärzten Anteilnahme vermissten. Nur 35% der Befragten waren zufrieden mit der menschlichen Zuwendung, die man ihnen im Krankenhaus entgegenbrachte. Viele Patienten fühlten sich vernachlässigt. Häufig wurden Überheblichkeit und Arroganz der Ärzte bemängelt. Die hohen Erwartungen an die persönliche Zuwendung wurden bei vielen Befragten enttäuscht. Nach Dierks (1995) erwarten die Patienten von ihrem Arzt, dass er Empathie zeigt und dass er auch menschlich handelt und kommuniziert. Er sollte förderliche Persönlichkeitsmerkmale (Geduld, Ehrlichkeit, Zuhören können) zeigen. Die persönlichen Fähigkeiten eines Stationsarztes auf menschlicher Ebene wurde von den Patienten von Baberg et al. (2001) als sehr wichtig eingestuft. Insbesondere die Zeit, die Ärzte und Schwestern für den einzelnen Patienten haben, war den Befragten wichtig. Auch Zinn und Schena (2000) stellten fest, dass der zeitliche Aufwand für pflegerische und ärztliche Betreuung den Patienten ausgesprochen wichtig war. Von insgesamt 100 Punkten wurden bei der Wichtigkeit 76 Punkte für die pflegerische und 89 Punkte für die ärztliche Betreuung vergeben.

In einer Studie von Wüthrich-Schneider (2000) an 329 stationären Gynäkologie-Patientinnen zeigte sich, dass die Patientinnen sehr zufrieden mit der Höflichkeit und Hilfsbereitschaft des Pflegepersonals waren. Nach Hunstein (1999) sind die Ansprüche an die Kompetenzen psychosozialer Zuwendung umso höher, je bedrohlicher die Erkrankung vom Patienten empfunden wird. Insbesondere bei lebensbedrohlichen Erkrankungen kommen die Patienten an die Grenzen ihrer Coping-Kompetenz. Sie sind in einer psychischen Ausnahmesituation und auf Hilfe von außen angewiesen. Gerade in dieser Situation werden sowohl positive Unterstützung als auch fehlende Unterstützung besonders sensibel wahrgenommen und als wichtig empfunden. Vom Patienten als unzureichend empfundene psycho-

soziale Zuwendung wird in diesen Situationen als besonders gravierender Mangel gesehen.

Bayer (2002) berichtete über einen Zufriedenheitsgrad von im Mittel 3,96 auf einer Skala von 1 (sehr schlecht) bis 5 (sehr gut) bezüglich der Seelsorge und von 4,18 bezüglich des Sozialdienstes. Hier gingen insbesondere die Zuwendung und die Unterstützung sowie patientenbezogene Dienstleistungen und auch die soziale Kompetenz ein.

5.8. Medizinische Betreuung

Die Erwartungen der Patientinnen wurden in diesem Bereich überwiegend erfüllt (vgl. Tabelle 23). Die Wichtigkeit der medizinischen Betreuung stimmt mit den Angaben sämtlicher Literaturstudien zu diesem Thema überein (Baberg et al. 2001, Borde et al. 2002, Dierks 1995, Hall und Dornan 1988a, Hudler et al. 2000, Reibnitz und Güntert 1996). Wüthrich-Schneider (1999) untersuchte die medizinische Betreuung getrennt für Ärzte und Pflegepersonal. Das Pflegepersonal erhielt in der schweizerischen Klinik Uster eine Zufriedenheitsquote von 84,5%, in Limmattal von 77,1% und im Universitätsspital Zürich von 78%. Die medizinische Versorgung der Ärzte wurde mit 80%, 75,9% bzw. 74,1% Zufriedenheit beurteilt. In der Studie von Bayer (2002) hielten die befragten Patientinnen die Ärzte und das Pflegepersonal für unterschiedlich wichtig bezüglich der medizinischen Versorgung. 19% erachteten ausschließlich den ärztlichen Bereich als wichtig, 78% den Pflegebereich und den Ärztesektor als gleich wichtig und nur 3% die Pflege als wichtig.

Diese Aspekte zeigen deutlich, dass die medizinische und menschliche Betreuung von den Patientinnen als ähnlich wichtig angesehen wird. Der Punkt der menschlichen Betreuung der Patientinnen ist jedoch in der ärztlichen Ausbildung noch deutlich unterrepräsentiert. Hier ist noch Handlungsbedarf für die Zukunft vorhanden. Insbesondere die praktische Ausbildung im Bereich Kommunikation und Intervention muss gefördert werden. So wäre vorstellbar, dass angehende Ärzte gemeinsam mit älteren Ärzten im klinischen Alltag an Krebs erkrankte Patienten aufklären und betreuen. Auf diese Weise wäre es den jungen Ärzten möglich, das angemessene Verhalten am Beispiel zu erlernen und frühzeitig im eigenen Berufsleben einzusetzen.

5.9. Organisatorische Qualität und Hotelleistungen

Die eigenen Patientinnen waren mit den organisatorischen und sonstigen Aspekten des Stationsalltages meistens sehr zufrieden oder gut zufrieden. Sehr zufrieden und gut zufrieden schnitten die Beurteilung der Zimmerpartnerin ab, die Hilfe bei der Mobilisation durch das Personal, die Körperpflege, das Essen sowie die Betreuung durch den/die Krankengymnasten/-in. Noch zufrieden waren sie mit den Nächten auf der Station und dem Tagesablauf (Wecken, Essenszeiten) sowie Vorabinformationen bei der Aufnahme. Mit dem Entlassungszeitpunkt waren 93,4% der Patientinnen zufrieden.

In einer Befragungsstudie (TEST 1995) zeigte sich, dass persönliches Wohlbefinden der Patienten durch die Erfordernisse des Krankenhausalltages und der Organisation bei einigen Patienten stark beeinträchtigt wurde, z.B. durch frühes Wecken (4 Uhr morgens, häufig vor 6 Uhr in der Früh). Auch die Essenszeiten behagten den Patienten nicht immer und waren eher an den organisatorischen Bedürfnissen des Krankenhauses als an jenen des Patienten orientiert. Ravi und Filani (2002) ermittelten bei Patientinnen der gynäkologischen Station der Universitätsklinik Riyadh in Saudi-Arabien eine Zufriedenheitsquote von 42,3% mit den organisatorischen Abläufen.

Bei der Beurteilung der Hotelleistungen des Krankenhauses (Qualität der Zimmerausstattung, der Sauberkeit und des Essens) zeigte sich, dass die Patientinnen der eigenen Studie eine gehobene Zimmerausstattung als sehr wichtig empfanden. Die Frauen legten Wert auf Dusche und WC im Zimmer sowie Fernseher und Telefonanschluss. Weniger wichtig war der tägliche Bettwäschewechsel sowie Zeitungen und Illustrierte im Zimmer. Unwichtig war für fast drei Viertel der Befragten ein Einzelzimmer. 186 Frauen (96,9%) lagen in einem 2-Bett-Zimmer, 6 Frauen (3,1%) in einem 1-Bett-Zimmer. 73,5% von 117 Frauen hatten gar kein Einzelzimmer gewollt, 26,5% dieser 117 Frauen hätten dieses jedoch in Anspruch genommen, wenn sie eine entsprechende Versicherung besessen hätten. Die Sanitäreinrichtungen wurden durchgehend als sehr gut bis gut beschrieben. Auch eine eventuell notwendig gewesene Krankenwagenfahrt wurde als befriedigend in ihrer Qualität beurteilt.

Mit den Besuchszeiten waren in der eigenen Untersuchung 88,6% der 184 antwortenden Frauen zufrieden. Sie wünschten keine Veränderungen. Lediglich 7,1% der Patientinnen wollte eine Begrenzung der Besucherzahl. Offenbar waren einige der Patientinnen mit der Zahl der eigenen Besucher oder mit der Zahl der Besucher der Mitpatientinnen in ihrem Zimmer überfordert. Sie fühlten sich in ihrem Erholungs- und Regenerationsprozess gestört. Möglicherweise wäre hier die Wahrung der Intimosphäre durch die Einrichtung eines separaten Besucherzimmers zu verbessern, so dass Patientinnen, die Ruhe benötigen und alleine sein wollen, diese Möglichkeit auch erhalten.

Die Patientinnen von Ravi und Filani (2002) in Saudi-Arabien waren mit ihren räumlichen Gegebenheiten zu 71,6% hoch zufrieden. In einer Leserbefragung (Test 1995) zeigte sich, dass die räumlichen Gegebenheiten von den Patienten durchaus als wichtig angesehen wurden und 3-/Mehrbett-Zimmer, zu kleine oder nicht verschließbare Schränke, unzureichende Aufenthaltsräume und nicht dem neuesten Standard entsprechende Toiletten und Duschen als störend empfunden wurden. Viele Leser wünschten Annehmlichkeiten wie TV, Radio und Telefonanschluss. Unter den Hotelleistungen dominierten in der Studie von Reibnitz und Güntert (1996) die Unterbringung und die Ausstattung des Zimmers, gefolgt vom stationären Umfeld und der räumlichen Atmosphäre. Den meisten Patienten ging es nicht darum, unterhalten zu werden. Nathorst-Böös et al. (2001) stellten bei ihren insgesamt 507 Patienten fest, dass es kaum einen Unterschied zwischen den Erwartungen und der anschließenden Beurteilung der tatsächlichen Verhältnisse hinsichtlich der räumlichen Gegebenheiten gab. Beides lag im mittleren Bewertungsbereich. In der Studie von Borde et al. (2002) plazierten sowohl türkische Emigrantinnen als auch deutsche Patientinnen die Unterbringung in den komfortabel eingerichteten Patientinnenzimmern der Anfang der 1990iger Jahre neu gebauten Universitätsfrauenklinik der Charité auf dem 1. Platz der Rangliste von acht verschiedenen Versorgungsaspekten. Auch in der Studie von Baberg et al. (2001) war die Bettenzahl im Zimmer als weniger wichtig eingestuft worden, als es analog der eigenen Untersuchung der Fall war.

In der Studie von Wüthrich-Schneider (1999) erhielt die Ausstattung des Zimmers in der schweizerischen Klinik in Uster einen Zufriedenheitsanteil von 78,5%, die

Klinik in Limmattal einen von 70,8% und die Universitätsklinik Zürich einen von 73,2%. Nach Freter und Glasmacher (1996) ist die adäquate Unterbringung im Krankenhaus den Patienten wichtig bis sehr wichtig. Auf die Frage, wie den Patienten das Krankenzimmer gefallen hatte, antworteten in der Studie von Seyfarth-Metzger et al. (1997) 13% der Befragten mit schlecht, 35% mit teils-teils, 47% mit gut und 6% mit ausgezeichnet. Zinn und Schena (2000) berichteten auf einer Skala von bis zu 100 Punkten, dass der Gesamtzustand des Zimmers und des Gebäudes den Patienten sehr wichtig war (73 Punkte) und auch die Sauberkeit im Krankenhaus (63 Punkte) große Bedeutung hatte. Olandt und Krentz (1998) befragten 497 Patienten der Universitätsklinik Rostock bezüglich ihrer Zufriedenheit. Es zeigte sich, dass die Zufriedenheit mit den sanitären Anlagen auf einer Notenstufe von 1 (sehr gut) bis 5 (sehr schlecht) im Mittel bei 2,29 lag. Faktoren wie Sauberkeit, Besuchszeitenregelung, Weckzeiten, usw. rangieren zwar auf der Prioritäten-skala der Patienten von Wüthrich-Schneider (1999) nicht ganz oben. Wenn hier aber Mängel auftreten, schlagen sie sich deutlich in einer schlechteren Gesamtbeurteilung nieder. Auch Hannover et al. (2000) betonen die Wichtigkeit der Ausstattung und Organisation der Klinik, mit der die befragten Patienten meistens sehr zufrieden waren.

Ein Vergleich der Beurteilung von Zimmerausstattung und Hotelleistungen der eigenen Studie mit den Ergebnissen der Literatur gestaltet sich sehr schwierig. In der eigenen Studie wurden die Patientinnen in 2-Bett-Zimmern in einem modernen Neubau untergebracht. Die Ausstattung der anderen Kliniken ist aber nicht bekannt. Lediglich die Beurteilung der behandelten Patientinnen liegt vor. Generell lässt sich jedoch aus allen Studien und den eigenen Ergebnissen der Schluss ziehen, dass zum Wohlfühlen auch die Hotelleistungen eine sehr wichtige Rolle spielen, das heißt die Zimmerausstattung, die Sauberkeit, die Atmosphäre und die Verpflegung. Die Verfügbarkeit von Medien spielt eher eine zweitrangige Rolle.

5.10. Verpflegung

Ein ganz wesentlicher Aspekt des Krankenhausaufenthaltes ist die Verpflegung. Die Nahrungsaufnahme gehört zu den wenigen „Freuden“ des Klinikaufenthaltes und deren Qualität trägt wesentlich zum Genesungsprozess bei. In der eigenen Studie benoteten die Patientinnen die Wichtigkeit der Essensqualität mit 1,8 Punkten, was die Bedeutung dieses Parameters unterstreicht. Die tatsächliche Portionsgröße wurde mit 1,9 Punkten beurteilt, was als zufriedenstellend gewertet werden kann, die Darreichungsform wurde mit 2,2 Punkten schon schlechter beurteilt, die Menüauswahl mit 2,4 Punkten und die geschmackliche Zubereitung mit 2,6 Punkten nochmals deutlich schlechter. Hieraus kann der Wunsch nach qualitativer Verbesserung des Essens und appetitanregenderer Darreichungsform abgeleitet werden. Dies stellt auch in anderen Kliniken ein immer wieder auftretendes Problem dar (Baberg et al. 2001, Borde et al. 2002, Ravi und Filani 2002, Test 1995). Olandt und Krenz (1998) erzielten bei der Schmackhaftigkeit des Essens in ihrer Befragung eine Note von 1,9 Punkten, bei den Auswahlpunkten 2,15 Punkte, bei der Temperatur des Essens 1,69 Punkte. Zinn und Schena (2000) berichteten über eine mittlere Rangfolge der Wichtigkeit der Essensqualität von 51 Punkten bei insgesamt 100 erreichbaren Punkten. Wüthrich-Schneider (1999) ermittelte in ihrer Studie eine Gesamtzufriedenheit mit dem Essen in der schweizerischen Klinik in Uster von 74%, in der Klinik von Limmattal von 67% und in der Universitätsklinik in Zürich von 57,4%. Nach Freter und Glasmacher (1996) ist die gute Verpflegung ein sehr wichtiger Punkt bei der Beurteilung von Kliniken. Insbesondere Kritiken an einzelnen Aspekten einer Klinik betreffen diesen Autoren zufolge vorwiegend den Punkt des Essens. Nach Seyfarth-Metzger et al. (1997) waren mit der Verpflegung und dem Essen 13% der befragten Patientinnen schlecht zufrieden, 37% teils-teils, 43% gut und 7% der Patientinnen empfanden das Essen als ausgezeichnet. Nach Hunstein (1999) wird die vermeintliche Erwartung an die Ernährung vom Pflegepersonal häufig überschätzt. Dies kann aber weder in der eigenen Studie noch in den Vergleichsstudien so belegt werden. Im Gegenteil, es scheint so zu sein, dass gerade bei der Essensqualität viele Kliniken noch einen Nachholbedarf haben dürften. Insbesondere die Qualität des Essens, die Darbietung

und das Eingehen auf Diätwünsche oder besondere Kostformen sind entscheidende Punkte. Besonders wichtig ist es, eine Auswahl anzubieten, damit Patientinnen mit besonderen Vorlieben oder Abneigungen auch in der Klinik ein ihnen wohlschmeckendes Essen serviert erhalten.

5.11. Gesamtzufriedenheit

Auf die Frage, ob sie die Universitätsfrauenklinik Homburg weiterempfehlen würden, antworteten die Frauen unterschiedlich. Die Ambulanz wurde mit 1,6 Punkten beurteilt, die Station selbst mit 1,5 Punkten. Die Frauenklinik generell erhielt einen mittleren Punktwert von 1,4. Im Vergleich dazu wurden die anderen Fachabteilungen auf dem Klinikgelände im Mittel mit 2,1 Punkten bewertet. Dies zeigt ein sehr gutes Abschneiden der Universitätsfrauenklinik im Vergleich zu den anderen Kliniken. Die Patientinnen waren überwiegend mit sämtlichen Teilbereichen ihres Klinikaufenthaltes sehr zufrieden bis gut zufrieden. Die Aufnahmeuntersuchung wurde bezüglich der Bedeutung im Rahmen der Gesamtzufriedenheit im Durchschnitt mit 1,5 Punkten benotet, die Aufklärung über eine eventuell durchgeführte Operation mit 1,4 Punkten, die Aufklärung über die nichtoperative Behandlung mit 1,9 Punkten. Die Aufklärung über die Chemotherapie erhielt 1,4 Punkte, jene über die Bestrahlungstherapie 1,7 Punkte. Die ärztliche Untersuchungen wurden mit 1,5 Punkten bewertet, die Betreuung nach der Operation mit 1,6 Punkten und die Entlassungsuntersuchung mit 1,7 Punkten. 45,7% aller befragten Patientinnen waren insgesamt sehr zufrieden mit der Klinik, 40,9% waren gut zufrieden, 9,1% waren befriedigend zufrieden, 3,2% waren mäßig und jeweils 0,5% waren unzufrieden bzw. vollkommen unzufrieden.

Die Gesamtzufriedenheit stieg mit zunehmendem Patientinnenalter an. Baberg et al. (2001) konnten die bei unseren Patientinnen gefundene altersabhängige Zufriedenheit nicht nachvollziehen. Borde et al. (2002) fanden ebenso eine Altersabhängigkeit: je älter die Patientinnen waren, desto zufriedener waren sie. Olandt und Krenz (1998), die Männer und Frauen befragten, stellten fest, dass Frauen tendenziell positiver urteilten als Männer. Auch das Alter erwies sich in ihrer Studie analog der eigenen Untersuchung als signifikanter Einflussfaktor in vielen Problembereichen. Es ergab sich die Tendenz, dass mit zunehmendem Alter die Kritikbereitschaft ab- bzw. die Zufriedenheit zunahm. Dies könnte möglicherweise darauf beruhen, dass ältere Patientinnen im Laufe ihres Lebens schon eine deutlich schlechtere medizinische Versorgung erlebt hatten. Die jüngeren Patientinnen, die

mit dem medizinischen Fortschritt aufgewachsen sind, kennen diese schlechteren Bedingungen aber nicht und sind deshalb eventuell kritischer.

Mit dem Klinikaufenthalt insgesamt waren die Patienten von Olandt und Krenz (1998) auf einer Notenskala von 1-5 im Mittel mit 1,48 Punkten zufrieden. Nach Hall und Dornan (1990) geht ein höheres Lebensalter mit einer höheren Zufriedenheit einher. Wüthrich-Schneider (2000) bestätigte den in der eigenen Untersuchung ermittelten Zusammenhang zwischen Alter und Zufriedenheit mit dem Klinikaufenthalt. Ältere Patienten sind zufriedener als jüngere.

Hingegen hatte der dörfliche oder städtische Wohnort der Befragten in der eigenen Studie keinen Einfluss auf die Gesamtzufriedenheit ($p = 0,2731$). Auch der Versicherungsstatus ($p = 0,7364$), der Schulabschluss ($p = 0,3913$), der Familienstand ($p = 0,7099$) und der Beruf ($p = 0,2961$) beeinflussten die Gesamtzufriedenheit nicht signifikant (siehe Tab. 33a). Nach Hall und Dornan (1990) hängt die Gesamtzufriedenheit auch von der Ausbildung der Patienten ab. Ein niedrigerer Bildungsgrad und der Familienstand (verheiratet) führen zu vermehrter Zufriedenheit. Ebenso konnte Wüthrich-Schneider (2000) einen Zusammenhang zwischen Sozialstatus und der Zufriedenheit mit dem Aufenthalt aufzeigen. Sozial besser gestellte Patienten hatten höhere Ansprüche, waren schwieriger zufriedenzustellen und neigten zu einem scheinbar geringeren Zufriedenheitsgrad. Dies zeigte sich darin, dass privatversicherte Patienten einen niedrigeren Zufriedenheitsgrad aufwiesen als gesetzlich Versicherte.

In Übereinstimmung mit Hall und Dornan (1990) bewerten auch unsere Patientinnen mit niedrigerem Bildungsgrad den stationären Aufenthalt tendenziell etwas positiver als Patientinnen mit höherem Bildungsgrad (Tabelle 33a). Allerdings war die Gesamtzufriedenheit wie auch die Zufriedenheit mit Schwesternpersonal und ärztlichem Personal nicht jeweils signifikant verschieden (siehe Tabelle 34). Auf der Station (FR02) lagen signifikant mehr Patientinnen mit privatem Versicherungsschutz, so dass die Vermutung naheliegt, dass diese Patientinnen mit höherem Bildungsgrad (und deshalb auch besseren Versicherungstatus) den Aufenthalt kritischer betrachten würden bzw. anspruchsvoller wären. Dem scheint jedoch nicht unbedingt so zu sein, denn die eigenen Ergebnisse

zeigen, dass Patientinnen der Station FR02 den stationären Aufenthalt deshalb positiver bewerten, weil sie wohl primär mit dem Schwesternpersonal und dem ärztlichen Personal signifikant positiver zufrieden waren als Patientinnen, die auf der Station FR01 gewesen waren. Es könnte sich also hinter einer größeren Unzufriedenheit der Patientinnen nicht unbedingt ihr Bildungs- oder Versicherungsstatus, sondern eine Unzufriedenheit mit dem jeweiligen Stationspersonal verbergen. Das Personal der Station FR02 schien offenbar besser in der Lage zu sein, die etwas höheren Ansprüche der Privatpatienten zu deren vollster Zufriedenheit zu erfüllen.

Interessanterweise hatte die Erkrankungsart (Tumor, sonstige Erkrankung, Kinderwunsch) keinen signifikanten Einfluss auf die Gesamtzufriedenheit. Dies zeigt, dass die Universitätsfrauenklinik Homburg alle Patientinnen gleich zufriedenstellen konnte, unabhängig davon, welche Krankheit zugrunde lag. Dies spricht für die Flexibilität des ärztlichen und pflegerischen Personal, auf jede einzelne Patientin so einzugehen, dass sie zufrieden mit ihrem Krankenhausaufenthalt ist. Allerdings war der Schweregrad der Erkrankung in der Studie von Borde et al. (2002) ein wichtiger Einflussfaktor auf die Zufriedenheit. Besonders schwer kranke Patientinnen waren zufriedener mit ihrem Krankenhausaufenthalt. Dies konnten wir auch in der eigenen Studie feststellen, denn krebskranke Patientinnen waren mit dem Aufenthalt zufriedener als andere Patientinnen (s. Tab. 33), jedoch war der Unterschied nicht statistisch signifikant. Schließlich stellte auch Wüthrich-Schneider (2000) fest, dass der Gesundheitszustand einen signifikanten Einfluss auf die Patientenzufriedenheit hatte. Patienten, deren Gesundheitszustand viel besser als erwartet war, waren signifikant zufriedener als jene, die ihn als etwas schlechter als erwartet beurteilten. 92,2% der befragten Patientinnen von Ravi und Filani (2002) aus Saudi-Arabien waren generell mit ihrem Krankenhausaufenthalt zufrieden. In der Studie von Olandt und Krenz (1998) wurde als Gesamtnote für die Zufriedenheit mit dem Klinikaufenthalt von 97,2% aller Patienten, welche die entsprechende Frage beantworteten, die Note 1 oder 2 vergeben. Dies zeugt von einer äußerst hohen Zufriedenheit. Nach Hudler et al. (2000) zeigte sich, dass zwar viele Patienten die Praxis oder Klinik trotz Unzufriedenheit nicht wechseln, dass sie

jedoch viel eher eine Weiterempfehlung geben, wenn sie mit der Betreuung und dem Team zufrieden waren. Nach Hall und Dornan (1998a) ergab sich auf der Basis einer Meta-Analyse, dass die generelle Qualität der Klinik durchweg mit dem Rang 1 benotet wurde. Anscheinend neigen Patienten dazu, bei der Gesamtbeurteilung sehr gute Noten zu vergeben. Nach Bain et al. (1999) war in einer chirurgischen Klinik in Schottland die generelle Zufriedenheit bei 85% der Patienten sehr gut. Nach Wüthrich-Schneider (2000) hängt die Zufriedenheit von der Differenz zwischen Anspruchsniveau und wahrgenommener Situation oder erreichtem Behandlungsziel ab. Das bedeutet, dass die Zufriedenheit vom Unterschied zwischen Erwartung und Erfüllung abhängt. Auf dieser Theorie basierend ist ein überhöhtes Anspruchsniveau weniger, ein geringeres Niveau eher zufriedenheitsfördernd. Mit der Zeit passen sich die Erwartungen den äußeren Gegebenheiten an und wirken zufriedenheitsfördernd. Um die Erwartungen eines Patienten während seines Klinikaufenthaltes zu erfüllen, ist es sehr wichtig, Bereiche wie umfassende Kommunikation, Information und Konsens über die Behandlungsweise zu berücksichtigen. Verschiedene Faktoren beeinflussen die Patientenzufriedenheit, weshalb sie als subjektive Komponente schwer zu erfassen sind. Nach Olandt und Krenz (1998) deutet die sehr positive Benotung vieler Befragungsstudien darauf hin, dass Zufriedenheitsraten unter 75% bereits auf erhebliche Qualitätsmängel hinweisen. Wüthrich-Schneider (1999) ermittelte eine Gesamtzufriedenheit von 77,9% in der schweizerischen Klinik in Uster, eine von 73,4% in Limmattal und eine von 71,3% im Universitätsspital Zürich. Seyfarth-Metzger et al. (1997) fragten ihre Patienten, wie jene ihren Aufenthalt im Krankenhaus insgesamt beurteilten, und erhielten folgende Beurteilungen: 3% der Patienten antworteten mit schlecht, 18% mit teils-teils, 64% mit gut und 15% mit ausgezeichnet. Nach Hannover et al. (2000) liegen die Zufriedenheitsraten in den Befragungsstudien zwischen 56-100%. Die Patientenzufriedenheit ist ein subjektiv empfundener Aspekt der Qualität eines Klinikaufenthaltes, die nicht unterschätzt werden darf. Dies nicht nur wegen Marketingaspekten, sondern weil das Einverständnis des Patienten zur vorgeschlagenen Behandlung durch einen hohen Zufriedenheitsgrad positiv beeinflusst werden kann. Nach Wüthrich-Schneider (2000) sind die wichtigsten zur Zufriedenheit beitragenden Faktoren seitens der Ärzte Kompetenz, Menschlichkeit,

Kommunikationsfähigkeit und Hilfsbereitschaft. Wenn es einem Arzt gelingt, seinen Patienten in diesem Bereich zufriedenzustellen, ist die Wahrscheinlichkeit, dass er sich wieder von ihm behandeln lassen möchte, sehr groß. Nach Ludwig (1999) sind die Erwartungshaltungen bezüglich einer gynäkologischen Behandlung in der Klinik sehr hoch. Das Fachgebiet beinhaltet die intimsten Bereiche von Sexualität über Infertilität und Schwangerschaft bis hin zum Malignom, so dass hier seitens der Ärzte und des Pflegepersonals besonderes Fingerspitzengefühl erforderlich ist. In diesem Bereich kann man mit richtigem Verhalten sowohl sehr positive als auch durch von den Patientinnen als unangenehm empfundenen Verhalten sehr schlechte Beurteilungen hervorrufen. Hall und Dornan (1988a) beobachteten bei ihren Studien im Rahmen einer Meta-Analyse durchweg sehr hohe Zufriedenheitsraten mit den Kliniken. Nach Carr-Hill (1992) hat bei der Zufriedenheitsbeurteilung insbesondere die Beziehung zwischen Patient und Arzt eine sehr große Bedeutung. Hier ist ein positives Informationsverhalten seitens der Ärzte signifikant mit der nachfolgenden Patienten-Compliance assoziiert.

5.12. Fazit

Wie bereits in der Einleitung ausführlich dargelegt, lassen sich als Maß der Dienstleistungsqualität vier Elemente charakterisieren:

1.	Zuverlässigkeit Sie schafft Vertrauen durch eine genaue und verlässliche Ausführung der Dienstleistung. Voraussetzung ist der Wille aller Beteiligten sowie ein strukturiertes Umfeld, das dieses Vorgehen ermöglicht.
2.	Kompetenz Diese trägt zur sachlich richtigen Dienstleistungserbringung bei, weckt das nötige Vertrauen beim Patienten und vermittelt Sicherheit im Krankenhaus.
3.	Empathie Das Erkennen der Ängste und Empfindungen des Patienten und das Eingehen auf diese Emotionen machen einen wesentlichen Teil des Erfolges der Dienstleistung im Krankenhaus aus.
4.	Persönlicher Einsatz Die Bereitschaft zum persönlichen Einsatz für den Patienten ist eine Grundvoraussetzung für hochwertige Leistung im Gegensatz zur Haltung eines "business as usual". Dies ist das wichtigste Systemelement der Kunden- und Patientenorientierung.

Insgesamt zeigte sich, dass diese Punkte in der Frauenklinik der Universität des Saarlandes offensichtlich berücksichtigt worden sind, denn die Ergebnisse der Patientinnenbefragung waren durchweg positiv.

Bezüglich der Methodik zeigte sich, dass sich die bereits seit Jahrzehnten erfolgreich eingesetzten Methoden der Marktforschung durchaus sinnvoll in ein modernes Krankenhausmanagement integrieren lassen und damit zugleich marketingpolitische als auch qualitätssichernde Maßnahmen unterstützt werden können. Die Messung der Patientenzufriedenheit stellt dabei eine bedeutsame Basis dar. Regelmäßige Patientenbefragungen können sowohl eine Kontrollmaßnahme als auch eine erfolgs- und qualitätssichernde Investition darstellen, um dem Ziel der

Patientenorientierung schrittweise näher zu kommen. In diesem Zusammenhang ist es von großer Bedeutung, in welchen Bereichen die heute sehr knappen finanziellen Ressourcen und Mittel eingesetzt werden. Eine Überbetonung der Relevanz von Hotelaspekten oder Komfortleistungen könnte dazu führen, die tatsächlichen Bedürfnisse der Patienten zu kurz kommen zu lassen. Auf diese Weise würde am Kunden vorbei geplant. Es erwies sich, dass die von den Patientinnen als besonders wichtig eingeschätzten Bereiche auch besonders positiv bewertet wurden. Zwar gibt es noch einzelne Bereiche, in denen eine gewisse Differenz zwischen Patientenwunsch und Klinikwirklichkeit klafft. Bei den wesentlichen Aspekten sind jedoch die Patientinnen zufrieden bis sehr zufrieden. Damit zeigte sich, dass die Universitäts-Frauenklinik Homburg/Saar auch von den Patientinnen als sehr gute Klinik wahrgenommen und weiterempfohlen wird.

Hinsichtlich der eingangs herausgearbeiteten wesentlichen Parameter für die Dienstleistungsqualität machen die vorliegenden Ergebnisse folgendes deutlich:

Im Bereich der **Zuverlässigkeit** wären eventuell noch Verbesserungen möglich. Durch bessere strukturelle Vorgaben wie Anzahl der Ärzte und Pflegekräfte könnten den Erwartungen wie Wartezeit auf den Arzt und Zeit, welche der Arzt für die Patienten aufwenden kann, eher entsprochen werden. Informationen und Hilfe beim Stellen von Anträgen, der Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen und bei Beratungsangeboten zu alternativen Therapieformen (z.B. Akupunkturtherapie bei Schmerzen) werden von den Patientinnen gewünscht und würden die Dienstleistungen ergänzen und zur besseren Zufriedenheit beitragen.

Die ärztliche **Kompetenz** wurde von den Patientinnen sehr positiv beurteilt. Sie hatten das Gefühl, von gut ausgebildeten kompetenten Ärzten adäquat behandelt worden zu sein. Dieser Punkt ist hauptsächlich entscheidend für die Vertrauensbildung und die Vermittlung von Sicherheit im Krankenhaus.

Das gleiche gilt für die **Empathie**. Auch hier beurteilten die Patientinnen das Einfühlungsvermögen ihrer betreuenden Ärzte als positiv. Bei Einzelpunkten wie Vertrauen und Zuwendung besteht aber noch Verbesserungsbedarf.

Die **Bereitschaft zum persönlichen Einsatz** lässt sich oftmals ohne großen Zeitaufwand verbessern. Hier geht es darum, den Patienten nicht als Nummer sondern als Individuum mit eigenen Problemen wahrzunehmen und ihm in seinen durch die Krankheit ausgelösten Ängsten zur Seite zu stehen. Es sollte ihm das Gefühl vermittelt werden, dass er neben der ihm zustehenden medizinischen Betreuung auch als Mensch mit Sorgen und Schmerzen gesehen wird, der Hilfe braucht.

Der Wunsch der Patientinnen, die Angehörigen durch den Arzt in den Krankheitsverlauf zu integrieren, besitzt ebenfalls eine hohe Bedeutung.

Insgesamt waren die Ergebnisse der in der Universitätsfrauenklinik Homburg/Saar durchgeführten Studie sehr gut.

Dieses Resultat bestätigte sich im Literaturvergleich mit anderen Kliniken. Weiterhin zeigte sich, dass die eigene Befragungsstudie in vielen Punkten genauer war und mehr Parameter abgefragt hatte als andere Vergleichsstudien. Demzufolge dürfte die vorliegende Studie eine hohe Validität besitzen.

6. Literaturverzeichnis

1. Ament-Rambow C (1998) Der Patient ist König - oder der Weg zum kundenorientierten Krankenhaus. *Krankenhaus Umschau* 3: 152-158
2. Baberg HT, Jäger D, Bojara W, Lemke B, von Dryander S, De Zeeuw J, Barmeyer J, Kugler J (2001) Erwartungen und Zufriedenheit von Patienten während eines stationären Aufenthaltes. *Gesundheitswesen* 63: 297-301
3. Bähr K, van Ackern K (1999) Kundenorientierung als Strategiefaktor für das Krankenhaus. *Das Krankenhaus* 4: 217-222
4. Bain J, Kelly H, Snadden D, Staines H (1999) Day surgery in Scotland: patient satisfaction and outcomes. *Quality Health Care* 8: 86-91
5. Bauer HH, Keller T, Hahn OK (2002) Die Messung der Patientenzufriedenheit. Institut für marktorientierte Unternehmensführung, Universität Mannheim, 68131 Mannheim
6. Bayer M (2002): Subjektive Zufriedenheit im Kontext organisatorischen Wandels und beruflicher Veränderungsprozesse am Beispiel eines ostdeutschen Krankenhauses. Martin-Luther Universität, Halle-Wittenberg, Institut für Soziologie
7. Bitzer J (2001) Quality assessment and quality control in psychosomatic obstetrics and gynecology: old wine in new bottles? *J Psychosom Obstet Gynecol* 22: 67-68
8. Borde T, David M, Kentenich H (2002) Erwartungen und Zufriedenheit deutscher und türkischsprachiger Patientinnen im Krankenhaus - eine vergleichende Befragung in einer Berliner Frauenklinik. *Gesundheitswesen* 64: 476-485
9. Brook R, Appel F (1973) Quality of care assessment, choosing a method for peer review. *N Engl J Med* 288: 1323-1329
10. Brudermann R (1995) Fühlt sich der Patient im Krankenhaus als Kunde? Eine Befragung im Katharinen-Hospital Willrich. *Krankenhaus Umschau* 64: 522-528
11. Buchhester S (2002) Der Patient als Kunde. VDM Verlag Dr. Müller, Düsseldorf
12. Carr-Hill RA (1992) The measurement of patient satisfaction. *J Public Health Med* 14: 236-249
13. Davis AR, Ware JE (1988) Involving consumers in quality of care assessment. *Health Affairs* 7: 33-48

14. Dierks P (1995) Erwartungen von Patienten an ihren Arzt. Bundesministerium für Gesundheit, Berlin
15. Donabedian A (1992) The role of outcome in quality assessment and assurance. *Qual Rev Bull* 18: 356-60
16. Fleissig A, Glasser B, Lloyd M (1999) Encouraging out-patients to make the most of their first hospital appointment: to what extent can a written prompt help patients get the information they want? *Patient Education Counseling* 38: 69-79
17. Freter H, Glasmacher C (1996): Messung der Patientenzufriedenheit im Krankenhaus. *F & W* 13: 436-441
18. Gierl H, Höser H (1992) Patientenzufriedenheit. *Der Markt* 31: 78-85
19. Gottschalk A, Freitag M, Liehr K, Domke A, Schuster M, Standl T (2004): Korreliert die Patientenzufriedenheit mit dem Schmerzniveau bei der Anwendung von patientenkontrollierter Epiduralanalgesie? *Schmerz* 18: 145-150
20. Groupy F, Ruhlmann O (1991) Results of a comparative study of in-patient satisfaction in eight hospitals in the Paris region. *Qual Assur Health Care* 3: 309-315
21. Hall JA, Dornan MC (1988a) Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Soc Sci Med* 27: 637-644
22. Hall JA, Dornan MC (1988b) What patients like about their medical care and how often they are asked: a meta-analysis of the satisfaction literature. *Soc Sci Med* 27: 935-939
23. Hall JA, Dornan MC (1990) Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. *Soc Sci Med* 30: 811-818
24. Hall JA, Irish JT, Roter DL, Ehrlich CM, Miller LH (1994) Satisfaction, gender, and communication in medical visits. *Med Care* 32: 1216-1231
25. Hankins GDV, Shaw SB, Cruess DF, Lawrence HC, Harris CD (1996) Patient satisfaction with collaborative practice. *Obstet Gynecol* 88: 1011-1015
26. Hannover W, Dogs CP, Kordy H (2000): Patientenzufriedenheit - ein Maß für Behandlungserfolg? *Psychotherapeut* 45: 292-300
27. Helmig B (1997) Patientenzufriedenheit messen und managen. *Führen und Wirtschaften im Krankenhaus (F& W)* 14: 112-120

28. Herzberg F (1968) One more time: how do you motivate employees? HBR 53-62
29. Hofstätter PR (1986) Bedingungen der Zufriedenheit. Osnabrück: Forum
30. Homburg C, Rudolph B (1995) Perspektiven zur Kundenzufriedenheit. In: Hermann S, Homburg C (Hrsg.): Kundenzufriedenheit: Konzepte - Methoden - Erfahrungen. Wiesbaden, S. 30-49
31. Hudler T, Kleininger R, Schübel T, Schluckebier S (2000) Die drei Dimensionen der Patientenzufriedenheit. Managed Care 7: 33-36
32. Hunstein D (1999): Messung der Patientenzufriedenheit. Balk Info Nr.38: 34-36
33. Ipsen D (1978) Konstrukt Zufriedenheit. Soziale Welt 1: 44-53
34. Kaltenbach T (1993) Qualitätsmanagement im Krankenhaus: Qualitäts- und Effizienzsteigerung auf der Grundlage des Total-quality-Managements. Bibliomed Medizinische Verlagsgesellschaft: Melsungen, S.92
35. Kane RL, Maciejewski M (1997) The relationship of patient satisfaction with care and clinical outcome. Med Care 35: 714-730
36. Künzi B (2002) Der Patient und die Qualität der ärztlichen Leistung. Primary Care 2: 125-131
37. Ladfors MB, Löfgren EO, Gabriel B, Olsson JH (2002) Patient accept questionnaires integrated in clinical routine: a study by the Swedish National Register for Gynecological Surgery. Acta Obstet Gynecol Scand 81: 437-462
38. Lecher S (2002) Patientenbefragung im Krankenhaus. S. Roderer Verlag, Regensburg
39. Leimkühler AM (1995) Die Qualität klinischer Versorgung im Urteil des Patienten. In: Gaebel W (Hrsg.), Qualitätssicherung im Krankenhaus. Springer-Verlag, Wien
40. Leimkühler A, Müller U (1996) Patientenzufriedenheit - Artefakt oder soziale Tatsache? Nervenarzt 67: 765-773
41. Ludwig H (1999) Thoughts on the patient-doctor relationship in obstetrics and gynecology. Eur J Obstet Gynecol 85: 85-91
42. Meyer A, Dornach F (1996) Das Kundenbarometer 1996 - Qualität und Zufriedenheit Jahrbuch der Kundenzufriedenheit in Deutschland 1996. Deutsche Marketing Vereinigung e.V. & Deutsche Post AG (Hrsg.). FGM-Verlag, München

43. Nathorst-Böös J, Munck IME, Eckerlund I, Ekfeldt-Sandberg C (2001) An evaluation of the QSP and the QPP: two methods for measuring patient satisfaction. *Int J Qualit Health Care* 13: 257-264
44. Neugebauer B, Porst R (2001) Patientenzufriedenheit. Ein Literaturbericht. ZUMA-Methodenbericht Nr. 7, November 2001, ZUMA, Quadrat B2,1, Mannheim
45. Olandt H, Krentz H (1998) Patientenzufriedenheit - subjektive Qualitätswahrnehmung der Patienten und Erfolgsfaktor für Kliniken. *Gesundheitswesen* 60: 721-728
46. Panchaud C, Guillain H (1999) Qualitätsterminologie. *NAQ-News* 1999. *Schweiz Ärztezeitung* 79: 1960-1967
47. Phillips D (1996) Medical professional dominance and client dissatisfaction. *Soc Sci Med* 42: 1419-1425
48. Racine JF (1995) A double take on the history of quality in health care. In: Graham NO (Ed): *Quality in Health Care*. Aspen Publication, Maryland/USA, 15-31
49. Rais S, Alle W, Bach A, Bischoff B, Bonsanto MM, Borneff-Lipp M, Brüssau J, Haux R, Heuer C, Kunze S, Linderkamp O, Middeke M (1998) Untersuchungen zur Patientenzufriedenheit über einen fachinvarianten standardisierten Fragebogen. *Das Krankenhaus* 2: 86-90
50. Raspe H, Voigt S (1996) Patienten-"Zufriedenheit" in der medizinischen Rehabilitation - ein sinnvoller Outcome-Indikator? *Gesundheitswesen* 58: 372-378
51. Ravi R, Filani TO (2002) Patient satisfaction of the obstetrics and gynecology unit at King Khalid University Hospital, Riyadh, Kingdom of Saudi Arabia. *Saudi Med J* 23: 110
52. Reibnitz C, Güntert B (1996) Was bedeutet Zufriedenheit aus Sicht der Patienten? *Führen und Wirtschaften im Krankenhaus (F & W)* 13: 260-265
53. Rentrop M, Böhm A, Kissling W (1999) Patientenzufriedenheit mit stationär psychiatrischer Behandlung. *Fortschr Neurol Psychiat* 67: 456-465
54. Riegl GF (1991) Frauen sehen - Frauenärzte - sehen Frauen. *Arch Gynecol Obstet* 257: 583-592
55. Riegl, G (1996) *Ideale zukunftssichere Geburtsklinik*, Institut für Management im Gesundheitsdienst, Verlag Prof. Riegl & Partner GmbH, Augsburg

56. Ruprecht T (2001) Die Crux mit der "Zufriedenheit". KMA 12: 52-53
57. Scharnbacher K, Kiefer G (1996) Kundenzufriedenheit: Analyse, Messbarkeit und Zertifizierung. Oldenbourg Verlag, München, S.5
58. Schlüchtermann J (1996) Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Führen & Wirtschaften im Krankenhaus (F & W) 13: 252-259
59. Schwartz FW, Perleth M (1997) Ein neuer Standard in der Qualitätssicherung. Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement 2: 107-113
60. Seyfarth-Metzger I, Satzinger W, Linidemeyer T (1997): Patientenbefragung als Instrument des Qualitätsmanagements. Ergebnisse und Erfahrungen aus zwei Untersuchungen am Schwabinger Krankenhaus. Das Krankenhaus 12: 739-743
61. Simon H, Homburg C (1995) Kundenzufriedenheit als Erfolgsfaktor - Einführende Überlegungen. In: Simon H, Homburg C (Hrsg.): Kundenzufriedenheit. Konzepte, Methoden und Erfahrungen. Gabler Verlag, Wiesbaden
62. Straub C (1994) Qualitätssicherung im Krankenhaus: Die Rolle der Patienten. In: Badura, B. (Hrsg.). System Krankenhaus: Arbeit, Techniken und Patientenorientierung. Juventa-Verlag, München
63. Stauss B, Seidel W (1995) Prozessuale Zufriedenheitsermittlung bei Dienstleistungen. In: Simon H, Homburg C (Hrsg.): Kundenzufriedenheit. Gabler Verlag, Wiesbaden
64. Sobhani B, Kersting T (2003) Das Beschwerdemanagement im Krankenhaus am Beispiel der DRK Kliniken Berlin. Führen und Wirtschaften im Krankenhaus (F & W) 2: 168-172
65. Test (1995) Dienstleistungen im Krankenhaus (Leserumfrage): eingeliefert - ausgeliefert? Test 11: 1200-1206
66. Thill KD (1996) Die Kundenzufriedenheitsanalyse als Baustein der Krankenhaus-Kommunikations-Strategie. Krankenhaus Umschau 4: 232-234
67. Ulsenheimer K (1998) Qualitätssicherung und Risk-Management in Gynäkologie und Geburtshilfe. Zentralbl Gynäkol 120: 593-597
68. Viethen G, Bach A, Haux R (1998) Drei Jahre Forschung zur Patientenzufriedenheit - von der Entwicklung und Erprobung eines Messinstrumentes. Das Krankenhaus 4: 208-209
69. Wheatley EW (1997) Patient expectations and marketing programming for OB/GYN services. Health Marketing Quarterly 14: 35-52

70. Williams B (1994) Patient satisfaction: a valid concept? Soc Sci Med 38: 509-516
71. Wüthrich-Schneider E (1998) Qualitätsmanagement in Spitälern, Ein Modell zur Evaluation der Patientenzufriedenheit. Univ.-Diss. St. Gallen, S.87
72. Wüthrich-Schneider E (1999) Qualitätsmanagement in Spitälern. Ein Modell zur Evaluation der Patientenzufriedenheit. PMI Verlag, Frankfurt am Main
73. Wüthrich-Schneider E (2000) Patientenzufriedenheit - wie verstehen? Schweiz Ärztezeitung 81: 1046-1048
74. Wüthrich-Schneider E (2000) Patientenzufriedenheit - praktisches Beispiel einer Messung. Schweiz Ärztezeitung 81: 1193-1196
75. Wüthrich-Schneider E, Rageth JC (2000) Patientenzufriedenheits-Messungen im stationären, gynäkologischen Bereich: signifikante Qualitätsverbesserungen. Praxis 89: 1947-1952
76. Zetkin M, Schaldach H (1999) Lexikon der Medizin. Ullstein Verlag, Wiesbaden, S. 1518
77. Zinn W, Schena R (2000) Patientenbefragungen in Krankenhäusern. Das Krankenhaus 1: 36-39

Anhang I: Text des Anschreibens

Liebe Patientin,

wir möchten Sie bitten, den folgenden Fragebogen offen und ehrlich auszufüllen.

Der Fragebogen ist die Grundlage einer Studie, deren Ziel es ist, Probleme während Ihres Klinikaufenthaltes herauszufinden.

Um Ihren Klinikaufenthalt in Zukunft angenehmer zu gestalten und Ihre Behandlung zu verbessern, möchten wir Sie bitten, gewisse Aspekte im Klinikalltag zu bewerten.

Bitte tragen Sie Ihre Antwort auf die jeweilige Frage ein oder kreuzen Sie das zutreffende/die zutreffenden Kästchen an.

Sie können verschiedene Fragen mit Noten von 1 bis 6 bewerten, vergleichbar mit Schulnoten.

So bedeutet zum Beispiel die Note 1 = "ich habe mich sehr gut betreut gefühlt", die Note 2 = "ich habe mich gut betreut gefühlt" bis zur Note 6 = "ich habe mich unzureichend betreut gefühlt".

Bitte stecken Sie den ausgefüllten Fragebogen in den beigegefügtten Briefumschlag und werfen Sie diesen dann in unseren Briefkasten ein.

Ihre Daten bzw. Antworten werden von uns selbstverständlich vertraulich behandelt und anonym ausgewertet.

Wir danken Ihnen ganz herzlich für Ihre Mitarbeit!

Anhang II: Inhalt des Erhebungsbogens

- 01) **Wie alt sind Sie?** (Alter in Jahren) _____
- 02) **Ihr Schulabschluss?**
kein Schulabschluss
Hauptschule
Realschule
weiterführende Schule ohne Abitur
Abitur
Studium
- 03) **Ihre Berufstätigkeit?**
Angestellte(r)
Arbeitslos(e)
Arbeiter(in)
Auszubildende(r)
Beamte/-in
Hausfrau
Rentner(in)
Selbständige(r)
Student(in)
- 04) **Sind/waren Sie im medizinischen Bereich tätig?**
 ja
 nein
- 05) **Ihr Familienstand?**
allein stehend/ledig
in Lebensgemeinschaft lebend/verheiratet
verwitwet/geschieden
- 06) **in welchem Stadt-/Kreisverband wohnen Sie?**
Homburg
Kaiserslautern
Kusel
Neunkirchen
Pirmasens
Saarbrücken
Saarlouis
St. Ingbert
St. Wendel
Zweibrücken
anderer:
- 07) **Wo wohnen Sie?**
in einem Dorf
in einer Stadt
- 08) **Wie sind Sie krankenversichert bzw. mitversichert?**
Privat versichert
Gesetzlich versichert
Gesetzlich versichert mit Krankenhauszusatzversicherung
sonstige Zusatzversicherung z.B. Krankenhaustagegeld

- 09) **Waren Sie schon einmal in unserer Frauenklinik?** nein ja
wenn ja,
wann waren Sie zum letzten Mal hier (Datum)? _____
warum bzw. wegen welcher Krankheit waren Sie hier? _____
wie oft waren Sie insgesamt hier? _____
- Wie zufrieden waren Sie damals mit unserer Frauenklinik? sehr zufrieden <-> unzufrieden
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
- 10) **Waren Sie schon einmal stationär in einer anderen Klinik auf dem Universitätsgelände?** nein ja
wenn ja, wie waren Sie zufrieden? sehr zufrieden <-> unzufrieden
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
- 11) **Waren Sie schon einmal stationär in einer anderen Frauenklinik?** nein ja
wenn ja, in welcher? _____
wenn ja, wie waren Sie zufrieden? sehr zufrieden <-> unzufrieden
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
- 12) **Auf welcher Station liegen Sie?** _____
- 13) **An welcher Krankheit leiden Sie bzw. warum sind Sie hier?** _____
kann ich nicht beantworten:
- 14) **Sind Sie wegen einer bösartigen Frauenerkrankung bzw. wegen einer Krebserkrankung stationär?** ja nein
Sind Sie wegen einer anderen Frauenerkrankung hier? ja nein
Wann bzw. in welchem Jahr wurde ihre Krankheit festgestellt? _____
- 15) **Sind Sie wegen eines Kinderwunsches stationär?** ja nein

- 16) Was hat Sie bewogen, die Uniklinik Homburg als behandelnde Klinik auszuwählen?
- Hatte keine andere Wahl
 - Bequemer Standort, gute Erreichbarkeit
 - Niedergelassener Frauenarzt/-ärztin hat mich hierher geschickt
 - Niedergelassener Hausarzt/-ärztin hat mich hierher geschickt
 - Ich bin bereits in ambulanter Betreuung der Uniklinik
 - Fachliche Qualifikation
 - Gute technische/apparative Ausstattung
 - Moderne Ausstattung des Operationsssaales
 - Gute Erfahrung mit der Uniklinik
 - Zimmerausstattung
 - Empfehlung durch Bekannte
 - andere Gründe: _____

- 17) Wie wichtig waren folgende Punkte für die bei der Entscheidung, sich in unserer Klinik behandeln zu lassen? sehr wichtig <-> unwichtig
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
- Bequemer Standort, gute Erreichbarkeit
 - Empfehlung des niedergelassenen Frauenarztes/-ärztin
 - Empfehlung durch Bekannte
 - Ausstattung des Operationsssaales
 - Klinikärzte/-ärztinnen
 - Schwestern/Pfleger
 - andere Fachbereich auf dem Gelände (z.B. Innere, Allg.-Chir.) ...
 - Gute Erfahrung mit der Uniklinik
 - Zimmerausstattung

- 18) Wie wichtig finden Sie folgende Punkte in der Ambulanz der Klinik? sehr wichtig <-> unwichtig
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
- kurze Wartezeiten
 - keine wechselnden Ärzte/-Ärztinnen
 - Mehr Ärzte/Ärztinnen
 - Zeit/Zuwendung bei der Untersuchung/Behandlung

- 19) Wie zufrieden waren Sie mit folgenden Punkten in der Ambulanz? sehr zufrieden <-> unzufrieden
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
- Wartezeiten
 - Zeit/Zuwendung bei der Untersuchung/Behandlung
 - Organisation des Ablaufes in der Ambulanz
- wenn sie unzufrieden waren, warum? _____

- 20) Wie sind Sie bei der Aufnahme ins Krankenhaus unterstützt worden? (Unterpunkte, die für Sie nicht zutreffen, streichen Sie bitte durch!) sehr kompetent <-> ungenügend
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
- von dem Pförtner/-in
 - von der Anmeldung (Verwaltung)
 - von den Schwestern/Pflegern der Station

- 21) **Wie viele Stunden mussten Sie am Aufnahmetag auf eine(n) Arzt/Ärztin warten?** _____
(Stunden)
- 22) **Wie viele Stunden mussten Sie am Aufnahmetag warten, um Ihr Zimmer beziehen zu können?** _____
(Stunden)
- 23) **Wie wichtig finden Sie folgende Punkte, wenn es um Ihre Krankheitsaufklärung geht?** sehr wichtig <=> unwichtig
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
- Einzelgespräche mit dem Arzt
- Zusätzliche Anwesenheit von Schwester/Pfleger
- Zusätzl. Anwesenheit von Angehörigen/Partner/Begleitperson ...
- 24) **Wie zufrieden waren Sie mit folgenden Punkten in Ihrer Behandlung?** sehr zufrieden <=> unzufrieden
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
- Diskretion und Abgrenzung zu anderen Patientinnen
- Eingehen auf pers. Wünsche und individuelle Information
- Bemühungen des Pflegepersonals
- Bemühungen von ärztlicher Seite
- Einbeziehung des Partners/der Begleitperson
- Individuelles Anwenden von Schmerzmitteln
- 25) **Wie zufrieden sind Sie mit folgenden Personengruppen?** sehr zufrieden <=> unzufrieden
(Unterpunkte, die für Sie nicht zutreffen, streichen Sie bitte durch!)
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
- Stationsschwestern/-Pfleger
- Schwestern in der Ambulanz
- Schwesternschülerinnen/Pflegeschüler
- OP-Schwestern/-Pfleger
- Anästhesie-Schwestern/-Pfleger
- Stationsärzte/-ärztinnen
- Oberärzte und Chefarzt
- Narkosearzt/-ärztin
- Seelsorger/-in
- Psychologe/-in
- Reinigungskräfte
- Personal am Empfang/Anmeldung
- Krankenwagenfahrer
- 26) **Wie zufrieden sind Sie mit folgenden Punkten hinsichtlich der Visite?** sehr zufrieden <=> unzufrieden
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6
- Anzahl der Visiten
- Dauer der Visite
- Ausreichende Beantwortung meiner Fragen
- Möglichkeit, dem Arzt/der Ärztin Fragen zu stellen

27) **Wie bewerten Sie die Richtigkeit folgender Aussagen?** eher ja <-> eher nein
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

- Der Arzt/die Ärztin hat mich freundlich behandelt
- Ich habe gewisse Zweifel an der Fähigkeit des Arztes/der Ärztin ..
- Der Arzt/die Ärztin wirkt kühl und unpersönlich
- Der Arzt/die Ärztin hat sein/ihr Bestes getan, um mich nicht zu
beunruhigen

- Der Arzt/die Ärztin hat mich sorgfältig wie es notwendig war,
untersucht
- Der Arzt/die Ärztin hätte mich rücksichtsvoller behandeln sollen ..
- Ich habe gewisse Zweifel über die von dem Arzt/der Ärztin emp-
fohlene Behandlung und Untersuchung
- Der Arzt/die Ärztin wirkte sehr kompetent und erfahren

- Der Arzt/die Ärztin schien ein echtes und persönliches Interesse an
mir zu haben
- Der Arzt/die Ärztin hat mich mit vielen unbeantworteten Fragen
über meinen Zustand und die notwendige Behandlung zurückge-
lassen
- Der Arzt/die Ärztin verwendete Fachausdrücke, die ich nicht ver-
standen habe
- Ich habe großes Vertrauen in den Arzt/die Ärztin

- Ich habe das Gefühl, dass ich dem Arzt/der Ärztin sehr persönliche
Probleme hätte anvertrauen können
- Ich habe mich nicht getraut, dem Arzt/der Ärztin Fragen zu stellen.

28) **Wie zufrieden sind Sie zusammenfassend mit den Ärzten/Ärztinnen?** sehr zufrieden <-> unzufrieden
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

- Menschliche und seelische Betreuung
- Fachärztliche Betreuung
- Verhalten mir gegenüber
- Zeit, die er/sie sich für mich genommen hat
- Mit der Beantwortung meiner Fragen

29) **Würden Sie es sich wünschen, dass der Arzt/die Ärztin bzw. das Pflegepersonal schwierige Themen von sich aus anspricht?**

würde es sehr wünschen <-> würde es überhaupt nicht wünschen
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

42) **Wie zufrieden sind Sie mit der Verpflegung?** sehr zufrieden <-> unzufrieden
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

Mentüauswahl (Schonkost, Normalkost, Vollwert, leicht verdauliches Essen)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Portionsgröße	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Darreichungsform	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Geschmackliche Zubereitung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Wie wichtig ist für Sie die Qualität des Essens für Ihr Wohlbefinden? sehr wichtig <-> unwichtig
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

43) **Würden Sie eine Änderung der Besuchszeiten in unserer Klinik vorschlagen oder kann alles so bleiben, wie es ist?**

Längere Besuchszeiten	<input type="checkbox"/>
Kürzere Besuchszeiten	<input type="checkbox"/>
Feste Besuchszeiten	<input type="checkbox"/>
Begrenzte Besucherzahl	<input type="checkbox"/>
Alles kann bleiben, wie es ist	<input type="checkbox"/>

44) **Sind Sie mit dem Entlassungszeitpunkt zufrieden?** ja nein

Wenn nein, warum sind Sie nicht zufrieden?

der Entlassungszeitpunkt ist zu früh

der Entlassungszeitpunkt ist zu spät

anderer Grund: _____

45) **Inwieweit würden Sie folgende Bereiche der Klinik weiterempfehlen?** (Bereiche, mit denen Sie keinen Kontakt hatten, streichen Sie bitte durch!)

	auf jeden Fall weiterempfehlen	<->	auf keinen Fall weiterempfehlen			
	1	2	3	4	5	6
Ambulanz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Station selbst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frauenklinik generell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Fachabteilungen auf dem Gelände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

46) **Wieviele Tage waren Sie in unserer Klinik?** (Tag der Aufnahme und Tag der Entlassung sind zusammen nur ein Tag) _____ (Tage)

47) **Wie sind Sie mit folgenden Punkten Ihres Klinikaufenthaltes zufrieden?** sehr zufrieden <-> unzufrieden
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

Aufnahmeuntersuchung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Aufklärungsgespräch über Operation/Operationsarten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Aufklärungsgespräch über andere nichtoperative Therapien	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Aufklärungsgespräch über eine Chemotherapie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Aufklärungsgespräch über eine Bestrahlungstherapie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ärztliche Untersuchung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Betreuung nach der Operation	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Entlassungsuntersuchung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

48) **Wie sind Sie mit dem Aufenthalt in unserer Frauenklinik insgesamt zufrieden?** sehr zufrieden <-> unzufrieden
1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

49) Welche positiven und erfreulichen Erfahrungen haben Sie mit unserer Frauenklinik gemacht?

.....
.....
.....

50) Was hat Sie am meisten gestört und was hat Ihnen am meisten missfallen?

.....
.....
.....

51) Wie würden Sie alles zusammenfassend bewerten?

a) was war für Sie das Beste während Ihres Aufenthaltes:

.....
.....

b) was war für Sie die schlechteste Erfahrung:

.....
.....

Danksagung

Herrn Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Werner Schmidt danke ich für die Überlassung des Themas.

Meiner Doktormutter, Frau Dr. med. Katharina Limberger, möchte ich herzlich für die Betreuung und die stets konstruktive positive Kritik im Rahmen der Erstellung der vorliegenden Arbeit danken.

Meinem Bruder Alexander Klaus Hirschelmann möchte ich an dieser Stelle für die Einweisung in statistische Methoden und die entsprechenden Computerprogramme danken.

Nicht zuletzt möchte an dieser Stelle meinen Eltern Herbert Friedrich Hirschelmann und Ursula Agnes Hirschelmann, geb. Thiel, danken, die mich stets motiviert und unterstützt haben.

Lebenslauf

Name: Hirschelmann
Vorname: Frank-Peter
Geburtstag: 10.01.1975
Geburtsort: Saarbrücken
Familienstand: ledig

Schulbildung:

1981 - 1985 Mellin-Grundschule, Sulzbach
1985 - 1994 Theodor-Heuss-Gymnasium, Sulzbach; Abitur

Zivildienst:

10.1994 - 11.1995 Bundesknappschafts Krankenhaus Sulzbach, Tätigkeit in der Abteilung für Neurologie und auf der Intensivstation

Hochschulausbildung

10.1995 - 10.2002 Studium der Humanmedizin an der Universität des Saarlandes in Homburg
10.2001 - 10.2002 Praktisches Jahr im Städtischen Klinikum Neunkirchen (Chirurgie, Innere Abteilung, Gynäkologie/ Geburtshilfe)
17.10.2002 Teil-Approbation (Arzt im Praktikum)

Beruflicher Werdegang:

01.2003 - 06.2004	Arzt im Praktikum in der Medizinischen Klinik II (Kardiologie, Intensivmedizin, Pulmonologie und Angiologie) der St. Elisabeth-Klinik Saarlouis
05.07.2004	Approbation als Arzt
seit 07.2004	Assistenzarzt der Medizinischen Klinik II (Kardiologie, Intensivmedizin, Pulmonologie, Angiologie) und der Medizinischen Klinik I (Innere Medizin) der St. Elisabeth-Klinik Saarlouis
01.12.2005	Erlangung der Zusatzbezeichnung Notfallmedizin
05.08.2009	Erwerb der Gebietsbezeichnung "Innere Medizin"