

**Was ist den Patienten wichtig - wie zufrieden sind die Patienten?
Ein Vergleich zwischen einem Universitätsklinikum und einem Krankenhaus
der Regelversorgung**

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrads
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität
Bonn

Anne-Kathrin Murday geb. Busse
aus Münster

2013

Angefertigt mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Universität Bonn

1. Gutachter: Prof. Dr. med. Georg Baumgarten
2. Gutachter: PD Dr. med. Rupert Conrad

Tag der Mündlichen Prüfung: 16. Oktober 2013

Aus der Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin
der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn
Direktor: Prof. Dr. med. Andreas Hoeft

Meinen Eltern

für Jeremy

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	8
1. Einleitung	9
1.1 Definition der Patientenzufriedenheit.....	9
1.1.1 Allgemeine Definition von Zufriedenheit.....	9
1.1.2 Patientenzufriedenheit	10
1.2 Dimensionen der Krankenhausleistung nach Donabedian	11
1.3 Differenzierung des Qualitätsbegriffs nach Donabedian.....	12
1.4 Der Wandel der Patientenrolle im Informationszeitalter	12
1.5 Maßnahmen zur Steigerung der Patientensicherheit.....	13
1.6 Einteilung der Patienten anhand der Generationenzugehörigkeit.....	16
2. Material und Methoden	18
2.1 Auswahl der Krankenhäuser - Unterschiede im Angebot von Gesundheitsdienstleistungen	18
2.2 Erstellung des Fragebogens	22
2.2.1 Konzipierung des Fragebogens	22
2.2.2 Zielgruppe:.....	24
2.2.3 Der Patientenzufriedenheitsindex (PZI):	24
2.2.4 Fragenauswahl:	25
2.3 Durchführung.....	28
2.4 Statistische Methoden	29
3. Ergebnisse	31
3.1 Vergleich JKH - UKB	31
3.1.1 Patientencharakteristika.....	31
3.1.2 Information der Patienten	34
3.1.3 Mitspracherecht der Patienten.....	41
3.1.4 Beziehung Patient - Arzt / Patient - Pflegepersonal.....	46
3.1.5 Fehlbläufe, Unstimmigkeiten und der Umgang mit Komplikationen.....	50
3.1.6 Betreuung im Krankenhaus	57
3.1.7 Verbesserungsvorschläge der Patienten.....	71
3.1.8 Rangfolge der Bedeutung der einzelnen Aspekte.....	72
3.1.9 Rangfolge der Zufriedenheit mit den einzelnen Aspekten	74

3.1.10	Rangfolge der Patientenzufriedenheitsindices	76
3.2	Multidimensionales Konzept der Patientenzufriedenheit.....	77
3.3	Komponenten der Patientenzufriedenheit.....	79
3.3.1	Informationskomponenten während des Krankenhausaufenthalts	79
3.3.2	Beteiligungskomponenten während des Krankenhausaufenthalts	79
3.3.3	Komfortkomponenten während des Krankenhausaufenthalts.....	80
3.3.4	Kommunikations- / Kontaktkomponenten während des Krankenhausaufenthalts.....	80
3.4	Krankenhausinterne Analysen	83
3.4.1	Johanniter-Krankenhaus	83
3.4.2	Universitätsklinikum Bonn	88
3.5	Analyse anhand von Patientencharakteristika	93
3.5.1	Analyse vor dem Hintergrund des Patientenalters.....	94
3.5.2	Analyse vor dem Hintergrund einer Generationseinteilung	97
3.5.3	Analyse vor dem Hintergrund von Vorerkrankungen.....	105
3.5.4	Analyse vor dem Hintergrund der Aufenthaltslänge im Krankenhaus.....	108
4.	Diskussion	112
4.1	Patientenrekrutierung	113
4.2	Patientenerwartungen im Krankenhaus.....	114
4.3	Verbesserungsbedarf	118
4.4	Mitspracherecht	119
4.4.1	Der informierte Patient.....	119
4.4.2	Von Patientenautonomie zur Partizipation.....	120
4.4.3	Verbesserungsbedarf.....	123
4.5	Erklärungsansätze - Die EUROPEP-Studie.....	124
4.6	Fehlervermeidung.....	127
4.6.1	Patientenmotivation.....	127
4.6.2	Patientenmitarbeit.....	128
4.6.3	Fehlermanagement.....	128
4.7	Das Patientenrechtegesetz (PRG)	130
4.8	Hohe Zufriedenheit - Einflussfaktoren	131
4.8.1	Nah- und Fernbild	132
4.8.2	Änderung der Patientenrolle	132
4.8.3	Äußere Einflüsse	133
4.9	Limitationen der Studie.....	134

4.10 Ausblick	136
5. Fazit	142
Anhang: Fragebogen zur Patientenzufriedenheit	144
Abbildungsverzeichnis	165
Literaturverzeichnis.....	168

Abkürzungsverzeichnis

AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMJ	Bundesministerium der Justiz
CIRS	Critical Incident Reporting System
DGAI	Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin
DRG	Diagnosis Related Groups
EUROPEP	European project on patient evaluation of general practice care
JKH	Johanniter-Krankenhaus
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
kRM	klinisches Risikomanagement
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
MFT	Medizinischer Fakultätentag
MRSA	Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus
MRT	Magnetresonanztomographie
MW	Mittelwert
(M)WBO	(Muster-) Weiterbildungsordnung
PRG	Patientenrechtegesetz
PZI	Patientenzufriedenheitsindex
RKI	Robert Koch Institut
SGB	Sozialgesetzbuch
UKB	Universitätsklinikum Bonn
WHO	World Health Organization
WINEG	Wissenschaftliches Institut der Techniker Krankenkasse

1. Einleitung

Durch die Umbrüche im Gesundheitssystem sehen sich Krankenhäuser einem zunehmenden wirtschaftlichen Druck ausgesetzt. Voraussetzung für den Erfolg auf dem Markt für Gesundheitsdienstleistungen ist für die Krankenhäuser die Entwicklung und nachhaltige Sicherung von Wettbewerbsvorteilen.

Dieser Prozess macht es erforderlich, kurzfristige mittelfristige und langfristige Ziele in Einklang zu bringen: Unter kurzfristigen Zielen sind die Sicherung der Liquidität durch Kostensenkung und die damit verbundene effiziente Nutzung knapper Ressourcen zu fassen. Mittelfristig sollte eine Steigerung der Prozesssicherheit dazu führen, dass die Leistungsqualität bzw. Leistungssteigerung nicht durch Ressourceneffizienz gemindert wird. Langfristig geht es um eine optimale Kundenorientierung mit der Kenntnis der Wünsche und Bedürfnisse des Kunden (Schubert, 2006).

Die vorliegende Arbeit soll untersuchen, was aus Sicht der Patienten für die Zufriedenheit während des Krankenhausaufenthaltes wichtig ist. Im ersten Teil werden bestehende Konzepte der Zufriedenheit im Bezug auf Gesundheitsdienstleistungen diskutiert. Im Fokus stehen hierbei die Abgrenzung der Gesundheitsdienstleistung gegenüber anderen Dienstleistungen sowie die Besonderheiten die sich für Anbieter (z.B. Krankenhäuser) und Nachfrager (d.h. Patienten) von Gesundheitsdienstleistungen ergeben.

Die vorliegenden theoretischen Konzepte zur Patientenzufriedenheit bildeten die Grundlage einer empirischen Erhebung an zwei Krankenhäusern im Raum Bonn. Die Konzeption, Durchführung und Interpretation dieser Erhebung sind Gegenstand des zweiten Teils dieser Arbeit. Im Mittelpunkt steht dabei die Evaluation der Patientenpräferenzen einerseits und die Bewertung der Anbieter im Hinblick auf diese Präferenzen andererseits: Als Kriterium für die erfolgreiche Bedienung dieser Präferenzen wird die Patientenzufriedenheit verwendet, die im Folgenden definiert werden soll.

1.1 Definition der Patientenzufriedenheit

1.1.1 Allgemeine Definition von Zufriedenheit

Das Gabler Wirtschaftslexikon definiert Zufriedenheit als das „Ergebnis eines Vergleichs: a) zwischen einer erwarteten und einer eingetretenen Bedürfnisbefriedigung; b) zwischen einer erwarteten und einer tatsächlich beobachteten Eigenschaftsausprägung eines Guts; c) zwischen einer idealen und einer tatsächlich beobachteten Eigenschaftsausprägung eines Guts. Zufriedenheit kann

sich auf gesamte Systeme...oder auf einzelne Leistungen von Organisationen beziehen.“ (Kirchgeorg, 2012).

Im Hinblick auf die Zufriedenheit bei der Erbringung einer Dienstleistungen konkretisiert Bruggemann (1974) den allgemeinen Begriff (Bruggemann, 1974):

1. Progressive Zufriedenheit bezeichnet die Befriedigung von Erwartungen und damit einhergehend das Erreichen neuer Ziele.
2. Ist ein Zustand der Zufriedenheit bereits erreicht, besteht die Aufgabe in der Erhaltung dieses Zustands, was Bruggemann als stabilisierende Zufriedenheit bezeichnet.
3. Müssen die Ansprüche herabgesetzt werden, um einen Zustand der Zufriedenheit zu erreichen, wird von resignativer Zufriedenheit gesprochen.
4. Die Pseudo-Zufriedenheit bezeichnet Zustände, in denen Zufriedenheit nur durch die Verdrängung unbefriedigender Aspekte erreicht werden kann.
5. Die fixierte Unzufriedenheit betrifft Situationen, in denen ein auswegloser Zustand der Unzufriedenheit besteht.
6. Konstruktive Unzufriedenheit hingegen beschreibt einen Zustand der Unzufriedenheit mit bestehenden Ansätzen zur Änderung der Situation.

1.1.2 Patientenzufriedenheit

Bezieht man die allgemeine Definition der Zufriedenheit nun auf die Patienten ist nachvollziehbar, dass zunächst die Erwartungen der Patienten an einen Krankenhausaufenthalt bekannt sein müssen, damit diese evaluiert werden können.

Blum (1998) arbeitet heraus, dass sich die Literatur hauptsächlich an zwei Modelle orientiert, dem Evaluationsmodell und dem Diskrepanzmodell. Das Evaluationsmodell beschreibt das multidimensionale Konzept der Patientenzufriedenheit. Der Patient beurteilt während des Krankenhausaufenthalts verschiedene Dimensionen, die sich ergänzen und zusammen den Aufenthalt charakterisieren (Blum, 1998):

1. Technische Versorgungsqualität: die fachliche Kompetenz der Mitarbeiter im Krankenhaus.
2. Psychosoziale Versorgungsqualität: alle nichtmedizinischen Aspekte wie Umgang mit dem Patienten, emotionale Unterstützung, Informationsqualität (Aufklärung).
3. Organisatorische Versorgungsqualität: Wartezeiten, Terminvergabe.

4. Räumlich-technische Ausstattung: Zimmerausstattung, Ausstattung des Krankenhauses (Atmosphäre), Übersichtlichkeit.
5. Behandlungsergebnis: Besserung des Gesundheitszustands.
6. Versorgungskontinuität: inwieweit die Patienten von einer Person als Ansprechpartner behandelt werden.
7. Finanzierung: inwiefern das Preis-Leistungsverhältnis stimmt.
8. Verfügbarkeit: Erreichbarkeit der medizinischen Hilfe, Dichte der Krankenhäuser und allgemeiner Zustand des Gesundheits- und Versorgungssystems.

Die psychosoziale Versorgungsqualität spielt hierbei die wichtigste Rolle. Die technische Versorgungsqualität ist für die Patienten schwierig zu beurteilen (Blum, 1998).

Mit dem Diskrepanzmodell wird beurteilt, ob bestimmte Erwartungen, Ansprüche und Werte, die auch behandlungsunabhängig sein können, an den Krankenhausaufenthalt erfüllt werden. Stimmt die Qualität der Behandlung mit den Erwartungen und Ansprüchen überein ist Zufriedenheit erreicht. Gleichzeitig wird die subjektive Bedeutung der Behandlungsaspekte für die Patienten mit in die Bewertung einbezogen. Große Diskrepanzwerte zwischen Ansprüchen, Erwartungen und der Behandlungsqualität haben keinen Einfluss auf das Maß der Zufriedenheit, wenn sie eine geringe Bedeutung für die Patienten haben und umgekehrt (Blum, 1998).

Neugebauer und Porst (2001) fassen die Patientenzufriedenheit aufgrund von Evaluations- und Diskrepanzmodell und der sie bestimmenden Dimensionen, als Ergebnis unterschiedlicher Einflussfaktoren zusammen: Je niedriger die Erwartung und Ansprüche sind, je besser die Versorgungsqualität ist, je besser die in der Wertehierarchie weit oben stehenden Behandlungselemente abschneiden und je höher diesbezüglich der Wille zur kognitiven Umdeutung ist, desto zufriedener sind die Patienten (Neugebauer und Porst, 2001).

Interessant ist, ob sich Patientengruppen von zwei Krankenhäusern hinsichtlich ihrer Wünsche und Bedürfnisse unterscheiden, ob also ein Krankenhaus durch eine spezifische Patientenorientierung eine bestimmte Patientengruppe anzieht und falls dies der Fall ist, welche Punkte ausschlaggebend bei der Krankenhauswahl sind.

1.2 Dimensionen der Krankenhausleistung nach Donabedian

Vergleichbar mit dem multidimensionalen Konzept der Patientenzufriedenheit unterscheidet der amerikanische Wissenschaftler Avedis Donabedian bei den Krankenhausleistungen drei Dimensionen (Donabedian, 1980): Erstens die technischen Aspekte, zu denen die Anwendung des me-

dizinischen Wissens sowie der Einsatz medizinisch-technischer Geräte gehören (die technische Versorgungsqualität im Konzept der Patientenzufriedenheit). Als Zweites sind die interpersonellen Aspekte zu nennen: Hierzu zählen die Interaktion zwischen den Mitarbeitern und den Patienten, also das Eingehen auf den Patienten, das Miteinbeziehen des Patienten in die Therapie, analog zur psychosozialen Versorgungsqualität. Die Annehmlichkeiten während des Aufenthalts stellen die dritte Dimension dar: Hiermit sind die Charakteristika der Umgebung gemeint, in der die Behandlung stattfindet, die Ausstattung der Zimmer, die Sauberkeit oder die Qualität des Essens, vergleichbar mit der räumlich-technischen Versorgungsqualität. Diese drei Dimensionen beeinflussen sich gegenseitig, wobei die Krankenhausleistung durch das Zusammenwirken charakterisiert wird (Donabedian, 1986).

1.3 Differenzierung des Qualitätsbegriffs nach Donabedian

„Structure describes the physical, organizational, and other characteristics of the system that provides care and of its environment. Process is what is done in caring for patients. Outcome is what is achieved, an improvement usually in health but also in attitudes, knowledge, and behaviour conducive to future health." (Donabedian, 1986).

Donabedians Differenzierung des Qualitätsbegriffs in drei Kategorien ergibt sich aus diesen Dimensionen; die strukturelle Qualität bezeichnet die sachlichen, organisatorischen und personellen Rahmenbedingungen einer Organisation, also die bauliche und technische Ausstattung, das Arbeitskonzept sowie den Aus- und Weiterbildungsstand des Personals, die technische Versorgungsqualität (Donabedian, 1986).

Die Prozessqualität bezieht sich auf die Art und Weise, wie Leistungen erbracht werden. Beispielsweise die Durchführung eines medizinischen Gesprächs, die Art der Patientenversorgung, der Umgang mit dem Patienten, die psychosoziale Versorgungsqualität (Donabedian, 1986).

Die Ergebnisqualität wird anhand der Veränderungen bei Klienten, hier also den Patienten gemessen. Das Ergebnis der Krankenhausleistung bedeutet die derzeitige und künftige Veränderung des Gesundheitszustandes des Patienten, sofern diese auf die Krankenhausleistung zurückgeführt werden kann (Donabedian, 1986).

1.4 Der Wandel der Patientenrolle im Informationszeitalter

Die Patientenrolle hat sich in den letzten Jahrzehnten deutlich verändert: Patienten sind informierter und selbstbestimmter geworden. Im Zeitalter der neuen Medien ist es zunehmend einfacher an Informationen zu gelangen und auch außerhalb der neuen Medien bieten beispielsweise

Krankenkassen Beratungsmöglichkeiten an (Marstedt, 2003). Die Kenntnis von Qualitätsunterschieden und damit zusammenhängenden Risiken in der Krankenversorgung führt zu Skepsis in der Bevölkerung (Streich, 2002). Es besteht in der Bevölkerung großes Interesse an Gesundheitsthemen, was sich durch die zahlreichen Beiträge in den Medien zeigt (Jazbinsek, 2000). Die Gesundheit steht im Fokus des öffentlichen Interesses. Das Internet hat den größten Anteil am Wandel der Patientenrolle. Es bietet vielfältige Informationsmöglichkeiten wie Lexika, Fachinformation und Erfahrungsberichte Betroffener. Für den Patienten kommt es zu einem erweiterten Informations- und Kommunikationsspektrum (Hautzinger, 2003).

Gitlow (1999) unterscheidet Health Content, Health Communities und Health Provision. Health Content bezeichnet die einfache Informationsmöglichkeit im Internet, also Websites, die bestimmte Krankheitsbilder erklären und somit dem Informationserhalt dienen. Health Communities sind Diskussionsforen zum Austausch mit anderen Besuchern, welche u.a. von Patientenorganisationen betrieben werden. Health Provision bezeichnet ein Beratungsangebot im Internet zum Beispiel in Form virtueller Arztpraxen, die weitere Dienstleistungen anbieten (Gitlow, 1999). Diese neue Kommunikationsart lässt die Grenze zwischen Laien und Experten weicher werden und erhöht den Druck auf die Ärzte, selbst krankheitsbezogene Informationen patientengerecht anzubieten (Hautzinger, 2003).

Hill (2001) beschreibt als Ergebnis einer Studie bei 27 % der Internetbenutzer den Wunsch nach mehr Eigenverantwortung der Patienten und Zweifel daran, sich als Patient nur auf die Ärzte zu verlassen. 34 % der Internetbesucher möchten über alle Behandlungsoptionen in Kenntnis gesetzt werden (Hill, 2001). Inwieweit diese Mitbestimmung im Krankenhausalltag gefordert und berücksichtigt wird und ob die Patienten tatsächlich integriert werden, soll der Fragebogen untersuchen.

1.5 Maßnahmen zur Steigerung der Patientensicherheit

Themen wie Behandlungsfehler und die Problematik der steigenden Anzahl an Infektionen mit schlecht zu therapierenden Erregern werden regelmäßig in den Medien dargestellt. Witzel et al. (2008) haben in einer Studie festgestellt, dass der Konsum von Arztserien positiv mit präoperativen Ängsten assoziiert ist und die Medien somit das Verhalten der Patienten signifikant beeinflussen (Witzel et al., 2008). Inwieweit Patienten bereit sind, zu einer Fehlervermeidung im Krankenhaus beizutragen und ob für den Patienten diese Rolle zum Bild des aufgeklärten Patienten dazugehört, soll ebenfalls im Rahmen der Befragung untersucht werden. Interessant ist dies

vor dem Hintergrund verschiedener Aktionen zur Verbesserung der Krankenhaussicherheit, die Patientenkooperation in einem gewissen Maße voraussetzen: Das New England Journal of Medicine publizierte im Januar 2009 die Ergebnisse einer Studie zur Einführung einer OP-Sicherheits-Checkliste: Laut Datenanalyse sind die Hälfte der chirurgischen Komplikationen vermeidbar (Gawande et al., 1999; Kable et al., 2002).

Basierend auf den Leitlinien der WHO zur Gewährleistung der Sicherheit von operativ zu versorgenden Patienten wurde eine Checkliste entwickelt, die weltweit verwendbar sein sollte, um OP-Komplikationen zu vermeiden. Acht Krankenhäuser testeten die Liste (Jordanien, Indien, USA, Philippinen, Kanada, England, Neuseeland). Die Checkliste setzt sich aus drei Teilen zusammen: Der erste Teil umfasst einen Check, der vor Anästhesiebeginn durchgeführt wird. Darin werden die Identität des Patienten, die Operation, Allergien, Gefahr von Atemwegskomplikationen und Nüchternheitseinhaltung überprüft. Der zweite Check findet vor dem ersten Schnitt, als sogenanntes „Team-Time-Out“ statt, bei dem der Operateur das Vorgehen bei der Operation mit Risiken und Gefahren zusammenfasst, die OP-Pflege bestätigt, dass ein steriles Vorgehen gewährleistet ist und alle Instrumente vorhanden sind und der Anästhesist die relevanten Probleme aus anästhesiologischer Sicht erläutert. Bevor der Patient den OP-Saal verlässt wird das „Sign-Out“ durchgeführt. Darin werden wichtige Punkte der weiteren Behandlung, wie Lagerung des Patienten und antibiotische Therapie besprochen. Durch diese Sicherheitsliste konnten die Komplikationsraten in allen untersuchten Krankenhäusern signifikant gesenkt werden (von 11 % auf 7,0 %). Die Todesrate sank in den Krankenhäusern von insgesamt 1,5 % auf 0,8 % ($p=0,003$). Auch die Infektionsrate und die Anzahl der notwendigen Folgeoperationen durch Komplikationen sank signifikant ($p \leq 0,001$, $p=0,047$). Zusammenfassend kann also festgestellt werden, dass die WHO Surgical Safety Checklist zu bemerkenswerten Veränderungen und einer deutlichen Verbesserung des Outcomes nach Operationen, mit einer Reduktion der größten postoperativen Probleme führt. Verdeutlicht wird dadurch der starke Effekt der Teamarbeit (Haynes et al., 2009). Genau dieser Punkt ist entscheidend, wenn man überlegt, inwiefern die Einbeziehung des Patienten in die Therapie und den Krankenhausalltag einen Nutzen bringen kann. Es ist zu überlegen, ob solche „Team-Time-Outs“ außerhalb des Operationstrakts, zu einer weiteren signifikanten Komplikationsreduktion führen können, wenn man sie gewissenhaft und sinnvoll einsetzt.

Der „Hawthorne effect“, der eine Verbesserung der Verhaltensweisen von Personen, die unter Beobachtung stehen oder sich beobachtet fühlen, beschreibt, könnte seinen Teil zu den Verbesserungen beitragen (Mayo, 1933).

Zahlreiche Kliniken haben anhand der Vorgaben des Robert Koch Instituts (RKI) Schemata entwickelt, um die Rate der Infektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus Stämmen (MRSA) im Krankenhaus zu reduzieren. Bei der Aufnahme ins Krankenhaus wird gemäß der Mitteilungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprophylaxe am RKI (1999) zwischen Patienten, die ein hohes Risiko einer MRSA-Infektion tragen und Nicht-Risikopatienten unterschieden. Mittels einer gezielten Anamnese sollen diese Patienten selektiert werden. Fragen zu Krankenhausaufenthalten in der nahen Vergangenheit, einer eventuell schon zurückliegenden therapierten Infektion mit MRSA oder positiv getesteten Familienangehörigen sollen von den Patienten bei der Aufnahme ins Krankenhaus wahrheitsgetreu beantwortet werden und dienen als Basis für das weitere Vorgehen. Mit Hilfe des MRSA Schnelltests ist ein Ergebnis noch am selben Tag möglich, dennoch ist bei der Aufnahme die Kooperation und Mitarbeit der Patienten gefragt, da sie bei der Materialgewinnung in Form von Abstrichen kooperieren müssen. Eine Entlassung MRSA-positiver Patienten ist durchaus möglich, wobei hier erneut die Mitarbeit und das Verantwortungsbewusstsein der Patienten im Umgang mit der Infektion gefordert sind (Robert Koch Institut, 1999).

Grundsätzlich ist die Mitarbeit der Patienten im Krankenhaus jedoch weit häufiger nötig; sei es bei der Anamnese am Aufnahmetag, der Kenntnis der eingenommenen Dauermedikation, oder der regelmäßig durchgeführten eigenen Blutzuckerkontrolle bei Diabetes mellitus. Die Arbeit der Ärzte und Pflegepersonen im Krankenhaus wird dadurch erleichtert und Fehlern wird vorgebeugt. Schulungsprogramme speziell für chronisch kranke Patienten führen dazu, dass die Patienten bezüglich der eigenen Krankheit sehr gute Kenntnisse entwickeln, die Medikamente kennen und eigenverantwortlich mit der Krankheit umgehen (BMG, 2012).

Gemäß dem SGB V (§ 43, Abs. 2) können die Krankenkassen Patientenschulungsmaßnahmen erbringen. In ihren 2001 veröffentlichten Empfehlungen zur Förderung und Durchführung dieser Schulungen formulierten die Spitzenverbände der Krankenkassen als Ziel dieser Schulungen unter anderem explizit die „Stärkung der Eigenverantwortlichkeit im Umgang mit der Erkrankung auf der Basis eines „Informiertseins“ (Spitzenverbände der Krankenkassen, 2001).

1.6 Einteilung der Patienten anhand der Generationenzugehörigkeit

Die untersuchten Patienten können anhand ihres Alters verschiedenen Generationen zugeordnet werden. Anhand der Generationszugehörigkeit soll geprüft werden, ob sich altersspezifische Ansprüche und Wünsche ableiten lassen. Dabei werden fünf Generationen unterschieden:

Die Generation Y

Die Angehörigen der Generation Y werden synonym auch als „Millennials“ bezeichnet. Hiermit sind die nach 1980 geborenen Menschen gemeint. Es handelt sich um die Generation, die besonders durch das Internet geprägt wurde, mit dem sie aufwachsen ist und das ihren Angehörigen die Möglichkeit vielfältiger Vernetzung bietet. Die Verfügbarkeit von Information über Angebote, Produkte und Leistungen führt dazu, dass Wahlmöglichkeiten bestehen und interaktiver Austausch stattfindet. Besonders auf dem Arbeitsmarkt führt diese Generation, die die Nachfolge der Babyboomer antritt, zu Veränderungen. Die Generation Y hat den Anspruch Freizeit und Arbeit zu verbinden. Sie ist bereit Kritik zu äußern und flexibel genug Konsequenzen zu ziehen, um die eigene Zufriedenheit zu erhöhen (Klaffke und Becker, 2012). Als charakteristisch für diese Generation gilt, dass sie selbstbewusst genug ist Zustände kritisch zu beurteilen und nicht nur selbst Feedback einfordert, sondern dieses auch abgibt (Buchhorn und Werle, 2011).

Generation X

1992 veröffentlichte der kanadische Schriftsteller Douglas Coupland seinen Roman „Generation X“. Das Buch thematisiert den Selbstfindungsprozess von drei Angehörigen der Generation X, die sich von der Konsumgesellschaft lossagen und ihr eigenes Wertesystem erfinden. Damit gilt Coupland gemeinhin als Erfinder des Begriffs „Generation X“. Der Begriff wird im Deutschen sehr allgemein verwendet und beschreibt die Jugendeinstellung in den 1980er und vor allem 1990er Jahren. Die unabhängige Musikszene, sowohl Punk als auch Rave und Gitarrenrock mit ihrem Kleidungsstil, vor allem aber die Abkehr von alt bewährten Mustern. Traditionelle Werte wie materielle Sicherheit, Fleiß, Tugend, Leistung und Erfolg treten in den Hintergrund. Die Generationsangehörigen werden als eigensinnig, undurchsichtig und skeptisch charakterisiert. Sie wuchsen im Zeitalter von Umweltkatastrophen, veränderten Weltumständen und fortschreitender Computertechnologie auf (Bartels, 2002).

Babyboomer

Hierzu zählen die geburtenreichen Jahrgänge von 1954-1964. Charakteristika dieser Generation sind die Fähigkeit sich zu behaupten, da die Angehörigen in dem großen Konkurrenzkampf der

eigenen Kohorte aufwachsen. Sie erlebten die ersten wirtschaftlichen Nachkriegsturbulenzen auf dem Arbeitsmarkt. Sie sind individualistisch und konsumorientiert. Zu den entscheidenden Werten dieser Generation zählen Ehrlichkeit, Vertrauen, Zuverlässigkeit, Höflichkeit und Ordnung. Ihre Angehörigen gelten als kritische Konsumenten mit Qualitätsbewusstsein und hohen Ansprüchen (Stocker, 2008).

Die 68iger Generation

Unter diesem Begriff sind die Jahrgänge 1940-1950 zusammengefasst. Es handelt sich um die Menschen, die zu der Zeit der linkspolitischen Protestbewegung aufwachsen und den Wandel der Lebensformen und Sexualmoral, wie auch der Erziehungsstile aktiv erlebten. Die 68iger Bewegung forderte eine aktive Mitbestimmung an Entscheidungsprozessen ein, die den Betriebsräten und Gewerkschaften in der Wirtschaft den Weg ebnete und Kritik an Autoritäten übte. Achtundsechzig gilt einerseits als Demokratisierung und Liberalisierung der Gesellschaft, andererseits als Beginn des Werteverlusts und der Auflösung familiärer Strukturen (Borowsky et al., 2008).

Lost Generation

Diese Generation ist während des Zweiten Weltkrieges aufgewachsen. Auch der Begriff Lost Generation kommt aus der Literatur und wurde von der amerikanischen Schriftstellerin Gertrude Stein geprägt. Die Angehörigen dieser Generation erlebten die Bedrohung des Weltkriegs als eine Grenzsituation mit der Gefahr des Verlusts der eigenen Identität und dem Verfall der eigenen Wertvorstellungen und Ideale. Sie werden als nach einem neuen Lebenssinn suchend und als desillusioniert durch den Krieg und sein Ausmaß beschrieben (Parvanova, 2003).

2. Material und Methoden

2.1 Auswahl der Krankenhäuser - Unterschiede im Angebot von Gesundheitsdienstleistungen

Der Grund für den Vergleich eines Universitätsklinikums mit einem peripheren Krankenhaus lässt sich aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) V herleiten. Das Fünfte Buch behandelt die gesetzliche Krankenversicherung: Die Vergütung einer Krankenhausleistung erfolgt durch die gesetzliche Krankenversicherung. Grundlage ist der sogenannte Versorgungsvertrag zwischen Krankenhäuser einerseits sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen auf der anderen Seite (§ 109, Abs. 1, SGB V). Ein Anspruch besteht auf diesen Versorgungsvertrag jedoch nicht, vielmehr konkurrieren die Krankenhäuser untereinander um die Verträge.

In diesem Wettbewerb entscheiden die Landesverbände der Krankenkassen mit den Verbänden der Ersatzkassen gemeinsam und berücksichtigen dabei die öffentlichen Interessen und die Charakteristika einer bedarfsgerechten, leistungsfähigen und wirtschaftlichen Krankenhausbehandlung (§ 109, Abs. 2, SGB V).

Einzig Plankrankenhäuser, also Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind und Krankenhäuser, die nach den landesrechtlichen Vorschriften als Hochschulklinik anerkannt sind, bilden hier die Ausnahme. Zwischen Ihnen und den gesetzlichen Krankenkassen besteht der Versorgungsvertrag automatisch. Auf Grund dieser Tatsache ist es für die Krankenhäuser erstrebenswert, Bestandteil des Krankenhausplans zu werden.

Die Bundesländer sind laut Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) dazu verpflichtet Krankenhauspläne zu erstellen. Gibt es in einer Region sehr viele Krankenhäuser, die miteinander um die Plätze im Krankenhausplan konkurrieren, so entscheidet laut §8 KHG die jeweilige Landesbehörde unter der Berücksichtigung der öffentlichen Interessen.

Ziel des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ist es, die Krankenhäuser wirtschaftlich zu unterstützen, „um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen“ (KHG § 1, Abs. 1).

Das Bundesland Nordrhein-Westfalen verfügt über die größte Dichte an Krankenhausbetten, was bereits einen Erklärungsansatz für einen Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern bietet.

Gleichzeitig ermöglichen Kommunikationsmedien, insbesondere das Internet, sich gezielt über Leistungsspektren und Therapiekonzepte der Krankenhäuser zu informieren. Der Patient wählt das Krankenhaus aus, das seinen Ansprüchen und Bedürfnissen am besten gerecht wird. Die Krankenhäuser werden zunehmend zur „Marke“ und der Patient zum Kunden (Düssel, 2007). Insofern ist es interessant zu untersuchen, ob sich das periphere Krankenhaus bezüglich bestimmter Komponenten von der Universitätsklinik abgrenzt. Auf der anderen Seite sind die peripheren Krankenhäuser einem großen äußeren Druck ausgesetzt, da sie eine ausreichende Fallzahl vorweisen müssen, um wirtschaftlich zu bleiben. Somit ist die Zeit, die für den einzelnen Patienten im Krankenhaus bleibt geringer als an der Hochschulklinik (Rakowitz, 2013).

Hochschulkliniken nehmen eine Sonderstellung bei der Krankenversorgung ein. Sie sind sowohl Einrichtungen der Hochschulen als auch Krankenhäuser. Ihre Forschungstätigkeit und technische Ausstattung machen sie zu einem wichtigen Pfeiler der medizinischen Spitzenversorgung (Szabados, 2009). Besonders die Versorgung von schweren Krankheitsbildern steht hier im Vordergrund, weil eine Hochschulklinik als Zentrum der Maximalversorgung andere Möglichkeiten der Therapie besitzt. Gleichzeitig sind die Ausbildung der Ärzte und die ärztliche Weiterbildung Kernkompetenzen der Universitätskliniken (Montgomery, 2013). Interessant ist, ob diese Charakteristika im Wettbewerb der Krankenversorgung entscheidend sind, um die „Marke“ Universitätsklinikum zu definieren und vor diesem Hintergrund andere Komponenten der Patientenversorgung (z.B. Komfort) weniger Beachtung finden.

Die Förderalismusreform 2006 stellt die Hochschulkliniken vor eine neue Herausforderung. So ist der Ausbau und Neubau von Hochschulen einschließlich der Hochschulkliniken nicht länger auch Bundesangelegenheit, sondern nur noch Länderkompetenz. Bis 2013 erhalten die Bundesländer geplante Kompensationszahlungen zum Ausgleich. Die Privatisierung der 2005 zusammengelegten Universitätskliniken Gießen und Marburg und deren Verkauf an die Rhön-Kliniken AG ist ein Beispiel für die finanziell schwierige Stellung der Hochschulkliniken. Der Präsident des Medizinischen Fakultätentags (MFT) Professor Dr. rer. mat. Heyo K. Kroemer sieht die Leistungen der universitären Spitzenmedizin in den Diagnosis Related Groups (DRGs) nicht angemessen abgebildet (Hibbeler, 2012).

Die Umfrage wurde an zwei Krankenhäusern in Bonn durchgeführt, dem Universitätsklinikum Bonn (UKB) und dem Johanniter-Krankenhaus (JKH). Anstelle des UKB hätte die Umfrage auch an einem anderen Universitätsklinikum in Deutschland durchgeführt werden können. Auch als

peripheres Krankenhaus hätte ein anderes gewählt werden können. Entscheidend war einzig die öffentliche beziehungsweise frei-gemeinnützige Trägerschaft beider Häuser im Gegensatz zur privaten Trägerschaft. Bei einem privaten Träger ergäbe sich, aufgrund der investierten Gelder eine andere Wettbewerbsebene. Die Privatisierung betreffend wird oft der Vorwurf laut, dass es zwischen der Absicht maximaler Gewinnerzielung und der Erbringung einer qualitativ hochwertigen und patientorientierten Krankenhausversorgung zu Differenzen kommt (Augurzky et al., 2012).

100 Patienten des Universitätsklinikums und im Vergleich dazu weitere 90 Patienten des Johanniter-Krankenhauses wurden befragt. Die Befragungen fanden vom Februar 2010 bis Oktober 2010 statt:

Johanniter-Krankenhaus Bonn

Das Johanniter-Krankenhaus gehört zusammen mit dem Waldkrankenhaus zu den Evangelischen Kliniken Bonn gGmbH. Neben dem Universitätsklinikum ist es das größte Klinikum im Bonner Raum. Das Johanniter-Krankenhaus ist ein Krankenhaus der Regelversorgung und verfügt über 364 Betten. Es ist ein christliches Haus in der Tradition des Johanniterordens.

In seinem Grußwort zum Qualitätsbericht 2010 betont Dr. Jörg Blattmann (Vorsitzender der Geschäftsführung Johanniter GmbH) die Bedeutung einer qualitativ hochwertigen Pflege- und Behandlungsqualität am Johanniterkrankenhaus. Den Patienten und die Öffentlichkeit beschreibt er als „mündiger, kritischer und emanzipierter als früher“, mit dem damit einhergehenden Verlangen nach Transparenz und Qualität. Die Qualitätsberichte stehen auf der Website zusammen mit den Ergebnissen der Zertifizierungen zur freien Einsicht zur Verfügung.

Neben der Allgemeinen Inneren Medizin und Internistischen Onkologie verfügt das Krankenhaus auch über eine Geriatrie mit Tagesklinik. Daneben zählen Gynäkologie mit Geburtshilfe, Augenheilkunde, Radiologie und Anästhesie zu den Schwerpunkten des Krankenhauses.

Die chirurgischen Leistungsbereiche sind neben der Viszeralchirurgie, die Endokrine Chirurgie und Proktologie. Neben der Behandlung gutartiger Erkrankungen des Magen- / Darmtraktes, zählen onkologische Chirurgie und die Adipositas-Chirurgie zu den Gebieten der Viszeralchirurgie, wobei die Abteilung insbesondere auf die minimal invasive Chirurgie spezialisiert ist. In Kooperation mit dem Neurochirurgen Dr. Pavlidis erfolgt die Therapie degenerativer und traumatischer Schäden der Hals- / Brust- und Lendenwirbelsäule. Die plastische Chirurgie mit dem Schwer-

punkt der Hand- und Fußchirurgie ist ebenfalls Bestandteil des chirurgischen Leistungsspektrums.

2010 erfolgten 1309 Operationen im Bereich der Eingeweide und 649 Operationen der Schilddrüse und Nebenschilddrüsen. Durch die Neurochirurgie wurden 517 Operationen durchgeführt. Die Plastische Chirurgie hatte eine Anzahl von 1100 Eingriffen zu verzeichnen (Lutzer, 2010).

Universitätsklinikum Bonn

Das Universitätsklinikum Bonn ist an vier Standorten lokalisiert. Die Vorklinik und die Abteilungen der Theoretischen Medizin befinden sich in der Nussalle. Die meisten Häuser der klinischen Bereiche, insgesamt 70, befinden sich auf dem Venusberg. Standort des Zentrums für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde ist die Welschnonnenstraße. Dieses Zentrum wird von der Poliklinik für Parodontologie, Zahnerhaltung und präventiven Zahnheilkunde, der Poliklinik für Kieferorthopädie, der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffwissenschaften sowie der Poliklinik für chirurgische Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und plastische Gesichtschirurgie gebildet. Der operative Teil der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie befindet sich auf dem Venusberg.

Standort des Kinderzentrums ist die Adenauerallee. Dazu gehören die Klinik und Poliklinik für allgemeine Pädiatrie, die Abteilung für Neonatologie, die Abteilung für Kinderkardiologie und die Abteilung für Pädiatrische Hämatologie und Onkologie.

Das Chirurgische Zentrum wird durch die Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie, die Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, die Klinik und Poliklinik für Herzchirurgie, die Klinik und Poliklinik für Urologie und Kinderurologie, die Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, die Augenklinik und die Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin gebildet.

Das Zentrum für Geburts- und Frauenheilkunde ist in die Abteilungen für Frauenheilkunde und gynäkologische Onkologie, Geburtshilfe und pränatale Medizin und die Abteilung für gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin gegliedert. Eine weitere neonatologisch-intensivmedizinische Abteilung befindet sich ebenfalls in diesem Zentrum.

Das Zentrum für Nervenheilkunde wird durch die Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie, die Klinik und Poliklinik für Neurologie, die Klinik und Poliklinik für Epileptologie, die Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und die Abteilung für medizinische Psychologie gebildet.

Die Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie sowie die Klinik und Poliklinik für Radiologie und Nuklearmedizin, die Klinik für Palliativmedizin und das Zentrum für experimentelle Hämatologie und Transfusionsmedizin, das Zentrum für Pathologie und das Zentrum für Infektiologie und Infektionsschutz befinden sich ebenfalls auf dem Venusberg.

Die Medizinischen Klinik und Poliklinik I hat den Schwerpunkt Magen-Darmerkrankungen, Blutzuckerkrankheit und anderen Stoffwechselstörungen. Die Medizinische Klinik II betreut schwerpunktmäßig die Herz- und Gefäß- sowie Lungenerkrankungen. Beide Kliniken befinden sich auch auf dem Venusberg.

Ergänzt wird das Zentrum für Innere Medizin von der Medizinischen Klinik III mit dem Schwerpunkt Blut- und bösartige Erkrankungen sowie internistische Rheumatologie.

Insgesamt versorgen die 4500 Mitarbeiter, darunter 600 Ärzte und Professoren jährlich rund 160.000 Patienten ambulant und 43.500 Patienten stationär. Es gibt 1218 Planbetten.

In dem Vorwort zum Qualitätsbericht 2010 geht die Krankenhausleitung auf die Bedeutung der erfolgten Ausweitung der in Zentren kooperierenden Institute ein: Die Vernetzung der Fachabteilungen bietet die Möglichkeit, ein intensiveres, auf die Bedürfnisse der Patienten abgestimmtes Angebot zu bieten. Daneben wird auch die Bedeutung des Qualitätsmanagements betont. Bei der Ausweitung wurde insbesondere Wert auf die gezielte Schulung der Mitarbeiter in qualitätsrelevanten Bereichen gelegt (Vorstand des UKB, 2010).

2.2 Erstellung des Fragebogens

2.2.1 Konzipierung des Fragebogens

Zu Anfang wurden zur Optimierung des Fragebogens Probebefragungen an 30 Patienten durchgeführt. Im ersten Entwurf des Fragebogens wurden keine visuellen Analogskalen verwendet. Stattdessen gab es verschiedene Antwortmöglichkeiten, die markiert werden konnten:

Beispiel Frage 1: „Wie gut fühlen sie sich über die Ursachen / Folgen / Untersuchungsergebnisse / Operation ihrer Erkrankung informiert? “ Antwortmöglichkeiten: „-sehr gut, -gut, -ausreichend, -schlecht, -nicht informiert“.

Frage 7: „Ich fühle mich von den Ärzten bevormundet“ mit den Antwortmöglichkeiten: „-nicht, -selten, -gelegentlich, -oft, -immer“.

Diese Formulierungen wurden durch Skalen ersetzt, um eine bessere Auswertung zu ermöglichen. Ein weiterer Grund besteht darin, dass durch diese Skalen die Tendenz zu Markierungen in „der Goldenen Mitte“ reduziert werden kann (Strack, 1994).

Die Skalen machten nur eine Markierung zwischen Negativ (Minus) auf der einen Seite und Positiv (Plus) auf der anderen Seite möglich. Die Länge der Skalen betrug 10 Zentimeter. Jede Markierung wurde zur Auswertung ausgemessen. Fragen, bei denen die Verwendung von Skalen nicht möglich war, wurden dahingehend konzipiert, dass die Probanden die zutreffenden Antworten durch Ankreuzen markieren konnten.

Es wurde versucht, die Anzahl der offenen Fragen gering zu halten, um die Compliance der Patienten zu erhöhen. Gerne werden offene Fragen ausgelassen, oder laut Beschreibungen der wirtschaftspsychologischen Gesellschaft, nur sehr knapp beantwortet, da die Teilnehmer von Befragungen ungern ausführliche schriftliche Antworten geben. Kompliziert ist weiterhin die Auswertung der offenen Fragen (Aschemann-Pilshofer und Preamberger, 2001).

Der Wechsel von offenen Fragen sowie durch Ankreuzen / Markierungen auf den Skalen zu beantwortenden Fragen, sollte den Fragebogen abwechslungsreich gestalten, um so die Konzentration der Patienten während des Ausfüllens aufrecht zu erhalten.

Mit präzisen Formulierungen und einer Gliederung der Fragen sollte zum einen eine bessere Übersicht verschafft und zum anderen die Möglichkeit der schnellen Bearbeitung gesteigert werden. Die Anordnung des Fragebogens in „Buchform“, im Gegensatz zu den zunächst einseitig bedruckten Blättern, erhöhte den Rücklauf der beantworteten Bögen, was darauf zurückgeführt werden kann, dass der geringer erscheinende Arbeitsaufwand (weniger Papier) die Motivation zur Mitarbeit bei den Probanden erhöhte.

Die genannten Änderungen führten dazu, dass die Patienten weniger Zeit zum Ausfüllen benötigten und sich nicht mehr über eine länger als angegebene Bearbeitungszeit der Fragen (etwa zehn Minuten) beschwerten. Der verwendete Fragebogen ist standardisiert und nicht individuell auf die einzelnen Abteilungen zugeschnitten.

Auf dem Deckblatt wurden kurz die Ziele und Hintergründe der Befragung erläutert. Besonders betont wurde die Anonymität der Befragung. Es wurden Umschläge für die ausgefüllten Bögen ausgeteilt, so dass Stationsmitarbeiter die Fragebögen nicht lesen konnten. Darüber hinaus wurden die Patienten explizit um offene und ehrliche Antworten gebeten. Die erste Seite des Frage-

bogens dient der Charakterisierung der Patienten: in welche Altersgruppe sie fallen, ob Vorerkrankungen auszumachen sind und weswegen der Krankenhausaufenthalt nötig ist.

2.2.2 Zielgruppe:

Unsere Zielgruppe waren die Patienten, die sich schon einige Zeit in stationärer Behandlung befanden und operiert worden waren, da sie den Krankenhausaufenthalt umfassender beurteilen können als ambulant behandelte Patienten.

Kluge (2004) zeigt, dass sich Patientenwünsche und Erwartungen in Abhängigkeit von der Art und damit Dauer des Aufenthalts unterscheiden. Seine Untersuchung von ambulanten im Gegensatz zu stationären Rehabilitationskonzepten nach Myokardinfarkt zeigt, dass zwar beide Patientengruppen ihren Fokus auf die medizinische Betreuung legen, sich aber in ihren Ansprüchen an die Unterbringung und Verpflegung unterscheiden. Dadurch ergeben sich unterschiedliche Kriterien für die Auswahl des Behandlungsorts (Kluge, 2004). Um bei den Auswertungen zum Krankenhausaufenthalt vergleichbare Aussagen machen zu können, werden ambulant behandelte Patienten von der Befragung ausgeschlossen. Die Beziehung von Arzt und Patient hat Auswirkungen auf die Genesung (Schipperges, 1983). Der Wirkungszusammenhang von Klinikpersonal und Patient muss berücksichtigt werden (von Weizsäcker, 1925). Diese Zusammenhänge werden erst deutlich, wenn die Patienten auch stationär im Krankenhaus behandelt werden. Sie können sowohl die präoperative Phase mit der Aufnahme, den Aufklärungsgesprächen und den Voruntersuchungen sowie auch den Aufenthalt im OP-Bereich und die postoperative stationäre Versorgung ausreichend beurteilen und Beziehungen zu den Mitarbeitern aufbauen. Vor allem bei der postoperativen stationären Versorgung sollten nicht nur Aussagen zu medizinischen Aspekten gemacht werden. Darüber hinaus wurden das Ambiente auf der Station, die Verpflegung und die Unterhaltungs- und Ablenkungsmöglichkeiten sowie die Wahrung der Privatsphäre im Hinblick auf ihre Bedeutung für die Patienten beurteilt. Die Gesundheitswissenschaft zeigt, dass die Gestaltung der Klinikumwelt Auswirkungen auf die Gesundheit hat und sich diese Tatsache zur Gesundheitsförderung einsetzen lässt (Mittag, 1996; Mittag 1998).

2.2.3 Der Patientenzufriedenheitsindex (PZI):

Ein wichtiger Aspekt, der sich während der Literaturrecherche im Rahmen der Fragebogenerstellung ergab, ist der „Patientenzufriedenheitsindex“. Töpfer et al. (2006) beschreiben die Verwendung des „Mitarbeiterzufriedenheitsindex“ im Rahmen von Analysen der Mitarbeiterzufriedenheit. Ohne die Kenntnis der Relation von Wichtigkeit und Zufriedenheit besteht die Gefahr, Ver-

besserungsmaßnahmen an Stellen durchzuführen, die zwar bei der Abfrage der Zufriedenheit schlecht abschneiden, jedoch für die Befragten nicht wichtig sind (Töpfer et al., 2006). Gleichzeitig ergeben hohe Zufriedenheitswerte, bei von Patienten als unwichtig bewerteten Punkten, PZI über 1 und können ein Hinweis auf unökonomische Aspekte der Krankenhausleistung sein. Eine Multiplikation der Faktoren würde bei einer Differenz von Wichtigkeit und Zufriedenheit durch Werte unter 1 ebenfalls den Verbesserungsbedarf anzeigen, der Hinweis auf unökonomisch Aspekte wird auf diese Weise jedoch nicht ersichtlich. Ist den Patienten beispielsweise die Verpflegung im Krankenhaus unwichtig (Wert 0,3) und sind sie mit dieser auch nur mäßig zufrieden (Wert 0,5) ergibt der PZI einen Wert über 1 (1,67). Eine Verbesserung ist zwar möglich, jedoch nicht sinnvoll. Die Multiplikation der Faktoren ergibt einen Wert von 0,15. Mittels dieses Wertes lässt sich jedoch keine Aussage zur Relation von Wichtigkeit und Zufriedenheit machen. Der Wert von 0,15 hätte sich auch bei einer Wichtigkeit von 1 (also maximal) und einer erreichten Zufriedenheit von 0,15 (also minimal) ergeben, wobei eine Verbesserung bei dieser Relation sinnvoll wäre.

Die Fragen wurden somit um den Aspekt der Wichtigkeit erweitert. Es wurde nicht nur ausschließlich danach gefragt, wie gut sich die Patienten über die Ursachen, Folgen der Erkrankung und Untersuchungen informiert fühlen, sondern gleichzeitig auch, wie wichtig diese Faktoren den Patienten sind.

Berechnung des Patientenzufriedenheitsindex (PZI)

Der PZI wird berechnet indem man den Quotienten der Parameter Zufriedenheit und Wichtigkeit des jeweiligen Aspektes betrachtet:

Wert (Zufriedenheit) : Wert (Wichtigkeit) = PZI

Beispiel: Zufriedenheit = 0,8 Wichtigkeit = 0,9 → PZI: $0,8 : 0,9 = 0,89$

2.2.4 Fragensauswahl:

Der Fragebogen wurde anhand von zwei Konzepten zur Untersuchung der Patientenzufriedenheit im Krankenhaus entwickelt. Zum einen orientiert er sich an den unter 1.2 erläuterten Dimensionen der Krankenhausleistung nach Donabedian und greift dabei das unter 1.1.2 erläuterte multidimensionale Konzept der Patientenzufriedenheit (Blum, 1998) auf:

Die technische Versorgungsqualität wird durch die Frage 20.2 (Bedeutung mit der medizinischen Versorgung und die Zufriedenheit der Patienten mit dieser) analysiert.

Die Fragen 1, 3 und 4 untersuchen die Komponenten der psychosozialen Versorgungsqualität. Die Bedeutung von Informationen bezüglich der Erkrankung und der Behandlung sowie eventuell aufgetretene Informationsprobleme werden beleuchtet. Festgestellt werden soll, ob die Patienten mit diesen Aspekten zufrieden sind, oder ob sich Verbesserungsmöglichkeiten ergeben. Weiterhin wird durch die Fragen 13 und 14 abgefragt, wie die Patienten den Umgang mit Fehlern während des Krankenhausaufenthalts beurteilen und wie zufrieden sie diesbezüglich sind. Hierbei interessiert, ob sie sich vorstellen können, aktiv an der Fehlervermeidung teilzuhaben. Zur psychosozialen Versorgungsqualität zählt außerdem die Analyse der zwischenmenschlichen Ebene im Krankenhausalltag. Diese soll anhand der Fragen 15 und 20.1 beurteilt werden. Die räumlich-technische Versorgungsqualität wird in den Fragen 2 und 20.3 sowie 20.4 bewertet. Zu diesem Aspekt zählen sowohl die Bedeutung von Informationangeboten während des Krankenhausaufenthalts als auch die Bedeutung von Verpflegung sowie Unterhaltung und Ablenkung. Durch die Ergebnisse soll aufgezeigt werden, inwiefern die Patienten mit diesen Punkten zufrieden sind, oder ob sich Verbesserungspotenzial zeigt. Die Fragen 8 und 9 analysieren die Komponenten der Versorgungskontinuität. Zu diesem Aspekt zählen der Kontakt zu Ärzten und Pflegepersonal. Untersucht wird, ob sich die Bedeutung des Kontakts zu Ärzten von der Bedeutung des Kontakts zum Pflegepersonal unterscheidet und inwieweit die Patienten mit dem Kontakt zufrieden sind. Der offen zu beantwortende Teil der Frage soll Themen aufzeigen, bezüglich derer zusätzlicher Kommunikationsbedarf besteht.

Gleichzeitig orientiert sich der Fragebogen an den seitens der Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ) entwickelten Kategorien zur Zertifizierung von Krankenhäusern. Gemäß dem Sozialgesetzbuch V § 137 ist ein internes Qualitätsmanagement der Krankenhäuser festgelegt. Als Reaktion auf diese Bestimmung bietet die KTQ ein spezifisches Zertifizierungsverfahren an. Dieses Verfahren, mit dem dafür verwendeten Untersuchungskatalog, ist durch die KTQ in Zusammenarbeit mit Mitarbeitern des Gesundheitswesens entwickelt und erprobt worden. Es wird stetig reevaluiert und weiterentwickelt. Die Teilnahme an dem Verfahren ist für die Krankenhäuser freiwillig. Untersucht werden dabei sechs verschiedene Aspekte:

1. Patientenorientierung: Hierzu zählen die Beteiligung der Patienten an Entscheidungen und ihre Miteinbindung in den Behandlungsprozess. Weiterhin zählt zu dieser Kategorie im KTQ-Katalog die Bewertung der Qualität von Verpflegung und Serviceangeboten für die Patienten. Auch die Organisation der Therapie im Krankenhaus wird in dieser Kategorie evaluiert. Diese

Aspekte spiegeln sich in dem verwendeten Fragebogen wieder. Die Untersuchung der Patientenorientierung auf der Station, im OP oder in anderen Bereichen des Krankenhauses lässt sich hier einordnen. Darüber hinaus zählt hierzu die Untersuchung, wie Therapieentscheidungen von den Patienten getroffen werden, ob sie sich mit bestimmten Entscheidungen überfordert fühlen, oder aber das Gefühl besteht, bevormundet zu werden (Fragen 5, 6 und Frage 7).

2. Mitarbeiterorientierung: In dieser Kategorie werden die Ausbildung sowie Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter beurteilt. Weiterhin werden Konzepte zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter und die Organisation der Personalplanung bewertet. Diese Komponenten formen die Grundlage der medizinischen Versorgung, welche durch den entworfenen Fragebogen bewertet wird.
3. Sicherheit: Im KTQ-Katalog zählen dazu Katastrophen- und Brandschutz, aber auch Arbeits- und Umweltschutz. Gleichzeitig wird die Hygiene im Krankenhaus, das Infektionsmanagement und der Umgang mit Medikamenten bewertet. Aspekte, die auch der Fragebogen durch die Untersuchung der Ängste der Patienten und der Gründe für eine Veränderung der bestehenden Sorgen aufgreift. Weiterhin werden in dieser Kategorie die Patientensicherheit und das Fehlermanagement bewertet, welches ebenfalls eine entscheidende Bedeutung bei der Befragung hat. Hierzu zählt auch die Frage danach, inwiefern sich die Patienten mitverantwortlich für ein gutes Gelingen der Behandlung fühlen.
4. Kommunikations- und Informationswesen: Im KTQ- Katalog sind damit Punkte des Datenmanagements gemeint. Der entwickelte Fragebogen bewertet unter diesem Aspekt die Information der Patienten im Krankenhausalltag und den Umgang mit den Patienten seitens der Ärzte und Pflegepersonen sowie umgekehrt. Die Frage nach dem Mut, Kritik am Krankenhauspersonal zu äußern, zählt zu dieser Kategorie. Auch die Untersuchung der Tablettenkenntnis lässt sich hier einordnen. Der Aspekt des Datenschutzes wird durch die Untersuchung der Privatsphäre der Patienten im Krankenhaus in der durchgeführten Befragung aufgegriffen.
5. Führung: Hiermit werden Leitbilder, Philosophien und Visionen sowie ethische Aspekte der Krankenhäuser und Konzepte zu deren Umsetzung im Klinikalltag evaluiert. Diese Aspekte finden durch die Bewertungen der menschlichen Zuwendung sowie des Betreuungsempfinden Eingang in die Analyse.
6. Qualitätsmanagement: Das Qualitätsmanagent bewertet die Patientenbehandlung und prüft Aspekte, die optimiert werden können. Es werden das Beschwerdemanagement sowie die

Umsetzung von Kritik und Maßnahmen der Prozessoptimierung beurteilt. Die Ergebnisse der Befragungen können hierzu beitragen (KTQ, 2013).

2.3 Durchführung

Die Fragebögen wurden über einen Zeitraum von acht Monaten auf den operativen Stationen und in der Anästhesieambulanz des UKB ausgeteilt. Die Patienten in der Anästhesieambulanz wurden gebeten, den Bogen bei sich zu halten und nach der Operation, während des stationären Aufenthalts auszufüllen und dann im beiliegenden Umschlag auf der Station abzugeben. Im JKH fand die Befragung ebenfalls über einen Zeitraum von acht Monaten statt. Die operative Abteilung war hier hauptsächlich die Viszeralchirurgie, während im UKB auch Abteilungen wie Urologie, Gynäkologie und Hals-Nasen-Ohrenabteilung einbezogen wurden.

Die Verteilung der Bögen erfolgte durch die Verfasserin. Den Patienten wurde in einem persönlichen Gespräch Grund und Ziel der Befragung erläutert. Der persönliche Kontakt zum Patienten sollte zu einer gesteigerten Compliance beim Ausfüllen der Bögen führen. Während des Gesprächs erfolgten Erklärungen zur Untersuchung und den visuellen Analogskalen, die besonders von älteren Patienten nicht auf den ersten Blick verstanden wurden, nach einer kurzen Erklärung allerdings keine weitere Schwierigkeit darstellten.

Durch das persönliche Gespräch mit den Patienten konnte auch die Angst vor negativen Gefühlen seitens der Krankenhausmitarbeiter bei im Fragebogen geäußelter Kritik genommen werden, da die Anonymität der Umfrage erläutert wurde und durch die beiliegenden Umschläge die Einsicht der Bögen seitens der Mitarbeiter auf der Station nicht möglich war. Ferner wurde darauf verwiesen, dass die Teilnahme an der Befragung freiwillig war.

Positiv zu verzeichnen war das große Interesse der Patienten an der Studie und die Bereitschaft der meisten Patienten die Bögen auszufüllen. Insgesamt wurden in beiden Häusern etwa 350 Bögen verteilt, wobei der Rücklauf etwa 50 % betrug. Eine Erklärung dafür könnte sein, dass speziell die in der Anästhesieambulanz verteilten Bögen nach erfolgter Operation in Vergessenheit gerieten. Die auf den einzelnen Stationen verteilten Bögen wurden in den meisten Fällen auch ausgefüllt wieder abgegeben und nur selten mit nach Hause genommen oder vergessen.

In die Befragung eingeschlossen waren alle stationären Patienten, die sich einer Operation unterzogen und stationär aufgenommen wurden. Ausgeschlossen waren die Patienten, die nicht operiert wurden. Ebenfalls ausgeschlossen wurden die Patienten, deren geistige Ansprechbarkeit nur begrenzt gegeben war, oder die der deutschen Sprache nicht mächtig waren.

2.4 Statistische Methoden

Nach Rücklauf der Bögen wurden die Ergebnisse mittels des Statistik Programms Statistical Package for Social Sciences (SPSS) Version 18 und 21 von IBM (New York, USA) in eine speziell dafür entworfene Tabelle eingegeben.

Für die beschreibende Statistik wurden Mittelwert, Standardabweichung, Standardfehler, Varianz und Minimum und Maximum errechnet. Die Signifikanzprüfung erfolgt mit dem T-Test bei unabhängigen Stichproben bei Vergleichen des JKH mit dem UKB. Der T-Test für abhängige Stichproben wurde für die krankenhausinternen Vergleiche der Aspekte (innerhalb der JKH-Patienten sowie innerhalb der UKB-Patienten) verwendet.

Der T-Test konnte verwendet werden, da der Stichprobenumfang größer als 30 ist (Rüger, 2002). Damit ist es unwesentlich, ob das untersuchte Merkmal in der Grundgesamtheit normalverteilt ist oder nicht, da unendlich viele ermittelte Stichprobenmittelwerte normalverteilt wären (abgeleitet aus dem Satz von Lindeberg-Lévy). Im Rahmen großer Stichprobenumfänge können folglich Testverfahren auf der Grundlage der Normalverteilung verwendet werden. Das Konfidenzintervall betrug 95 %. Der Alpha Fehler wurde jedoch nach Bonferroni korrigiert (siehe unten).

Zusätzlich wurde vorher der Levene-Test durchgeführt, um zu berechnen, ob die Varianz der Variablen in den beiden Fallgruppen gleich groß ist. Nur für den Fall, dass der Wert der Signifikanz des Levene-Tests $> 0,05$ war, konnte von einer Gleichheit der Varianzen ausgegangen werden. Auch für den Fall der Inhomogenität der Varianzen liefert SPSS eine Möglichkeit zur Interpretation des T-Wertes, wobei das Programm eine spezielle Formel zur Berechnung des T-Werts verwendet und das Ergebnis in der zweiten Zeile der Tabelle hinter der Angabe „Varianzen sind nicht gleich“ erscheint.

Die Überprüfung der Häufigkeitsverteilungen der Variablen mit nominalem Skalenniveau erfolgte mit Hilfe des Chi-Quadrat-Tests. Auch hier betrug das Konfidenzintervall 95 % und es erfolgte die Korrektur nach Bonferroni (siehe unten).

Bonferroni-Korrektur:

Aufgrund der multiplen Tests bei der vergleichenden Analyse der Krankenhäuser (insgesamt 66) muss das Alpha-Niveau von 0,05 korrigiert werden, um die Wahrscheinlichkeit von falsch positiv (signifikant) ausfallenden Tests zu senken.

Die Korrektur erfolgt durch Division des Alpha-Fehlers durch die Anzahl der durchgeführten Tests (hier: 66). Das Signifikanzniveau wird auf 0,0008 korrigiert (Bortz und Lienert, 2008).

Das Signifikanzniveau wird für die krankenhausinterne Analyse bei insgesamt 16 durchgeführten vergleichenden Tests auf 0,003 korrigiert ($0,05 / 16$).

Für die Analysen anhand der Patientencharakteristika Alter, Generationen, Vorerkrankungen und Aufenthaltslänge erfolgt die Korrektur aufgrund der jeweils 8 durchgeführten vergleichenden Tests auf 0,006 ($0,05 / 8$).

Deutliche Unterschiede:

Liegen p-Werte unterhalb des Signifikanzniveaus von 0,05 (bzw. ist $p = 0,05$), jedoch noch oberhalb des nach der Bonferroni-Korrektur herabgesetzten neuen p-Niveaus, werden diese im Ergebnisteil als „deutliche, aber nicht signifikante“ Unterschiede bezeichnet. Dadurch werden auch die Ergebnisse, die ohne die Bonferroni-Korrektur signifikant wären, beschrieben.

3. Ergebnisse

3.1 Vergleich JKH - UKB

3.1.1 Patientencharakteristika

Das mittlere Alter der befragten Patienten lag im JKH bei 57 Jahren, der jüngste Patient war 17 und der älteste befragte Patient 90 Jahre alt. Das Altersmittel im UKB lag bei 51 Jahren. Hier waren der jüngste Patient 13 und der älteste Patient 86 Jahre alt. Im Unterschied zum UKB dominierte im JKH das weibliche Geschlecht (59 % weibliche Patienten; 41 % männliche Patienten; 2 % keine Angabe), wobei am UKB mehr Männer an der Umfrage beteiligt waren (54 % männliche Patienten; 46 % weibliche Patienten).

Krankenhaus	Alter (Jahre)	Geschlecht	
		Männlich (%)	Weiblich (%)
JKH (N=88)	57	41	59
UKB (N=100)	51	54	46
Krankenhaus	Beruf		
	Akademiker (%)	Nicht-Akademiker (%)	Andere (%)
JKH (N=81)	19	37	44
UKB (N=98)	16	41	43
Krankenhaus	Nationalität		
	Deutsch (%)	Andere (%)	
JKH (N=88)	95	5	-
UKB (N=98)	97	3	-

Abbildung 1: Strukturelle Merkmale der Befragten

In beiden Krankenhäusern wurden fast ausschließlich Patienten mit deutscher Staatsbürgerschaft befragt. Dabei lag der Anteil der Befragten mit anderer Staatsbürgerschaft bei unter 6 %. In beiden Stichproben machten 2 % keine Angaben bezüglich ihrer Nationalität (Abb. 1). Bezüglich des Berufs, wurden drei Kategorien entworfen: Akademiker / Nicht-Akademiker sowie „Andere“ (Hausfrauen, Rentner, Schüler). Im JKH machten 10 % der Befragten keine Angabe zu ihrem Beruf. 19 % waren Akademiker, 37 % zählten zu den Nicht-Akademikern und 44 % fielen in die Kategorie „Andere“. Ähnlich sah es mit den Angaben zum Beruf am UKB aus. Hier enthielten sich nur 2 % der Befragten. 16 % waren Akademiker, 41 % Nicht-Akademiker und 43 % zählten zur Kategorie „Andere“ (Abb. 1). Im JKH wurden nur Patienten der chirurgischen Abteilung befragt (100 %), wobei 7 % der Befragten keine Angabe bezüglich der sie behandelnden Abteilung machten. Im UKB gaben 70 % an, in der Chirurgie behandelt zu werden, hinzu kamen als weitere Fachabteilungen noch die Hals-Nasen-Ohren Abteilung (20 %), die Urologie (9 %) sowie die Gynäkologie (1 %). Am UKB machten 5 % keine Angabe dazu, in welcher Fachabteilung sie zum Zeitpunkt der Befragung behandelt wurden (Abb. 2).

Bezüglich der Aufenthaltslänge der an der Umfrage beteiligten Patienten wurde zwischen Aufgehalten von bis zu einer Woche, bis zu 14 Tagen, bis zu 21 Tagen und länger als drei Wochen unterschieden.

In beiden Krankenhäusern war der Großteil der an der Studie beteiligten Patienten seit einer Woche stationär im Krankenhaus. Im JKH waren es 52 % und im UKB 67 %. 30 % der Patienten im JKH hatten zum Zeitpunkt der Befragung bereits einen zweiwöchigen Krankenhausaufenthalt hinter sich, im UKB waren 15 % seit zwei Wochen stationär. Drei Wochen stationären Aufenthalt hatten im JKH 12 % und im UKB 5 % der Patienten zu verzeichnen. Auffallend war an beiden Häusern die geringe Zahl der Patienten, die länger als drei Wochen im Krankenhaus lagen. Im JKH waren 6 % der Patienten länger als drei Wochen im Krankenhaus und am Universitätsklinikum 12 % der Patienten (Abb. 2).

Krankenhaus	Behandelnde Fachabteilung			
	Chirurgie (%)	HNO (%)	Keine Angabe (%)	Andere (%)
JKH (N=90)	100	0	7	0
UKB (N=100)	70	20	5	10
Krankenhaus	Aufenthaltsdauer			
	< 1 Woche (%)	< 14 Tage (%)	< 21 Tage (%)	> 3 Woche (%)
JKH (N=84)	52	30	12	6
UKB (N=92)	67	15	5	12

Abbildung 2: Behandelnde Fachabteilung und stationäre Aufenthaltsdauer der Befragten

Als weiterer Aspekt interessierten die Vorerkrankungen der Patienten: Im JKH waren 41 % der Befragten gesund und gaben keine Vorerkrankungen im Fragebogen an. 59 % der an der Befragung teilnehmenden Patienten gab an, Vorerkrankungen zu haben. Am UKB waren 40 % der Patienten ohne Vorerkrankung.

Um zu erfahren, inwiefern sich die Patienten durch ihre Vorerkrankungen im täglichen Leben eingeschränkt fühlten, wurden die Befragten gebeten, dies durch eine Markierung auf der visuellen Analogskala zu verdeutlichen. Bei der Auswertung lag der Mittelwert der Beeinträchtigung im JKH bei 0,40 und im UKB bei 0,45. Es zeigte sich weder ein signifikanter noch ein deutlicher Unterschied zwischen den Patientengruppen der zwei Krankenhäuser ($p=0,49$; $T=0,698$) bezüglich der Beeinträchtigung durch ihre Vorerkrankungen (Abb. 3).

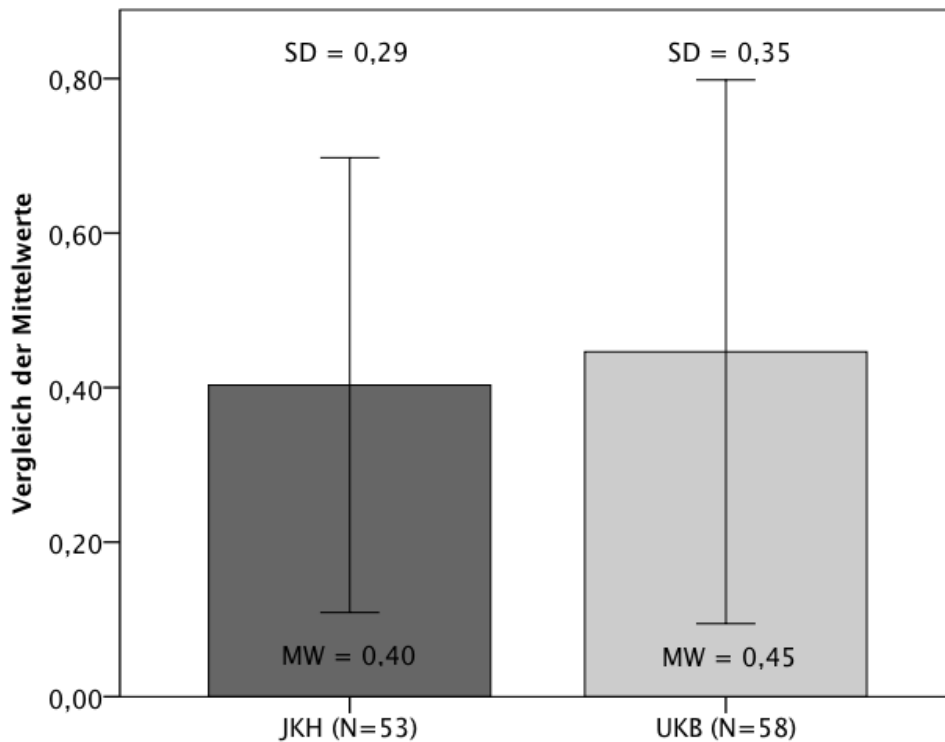


Abbildung 3: Beeinträchtigung der Patienten durch Vorerkrankungen

Als nächster Punkt interessierte bei der Umfrage, welche Operation geplant war, beziehungsweise, was operiert worden war. Im JKH machten nur 49 % der Befragten Angaben zu diesem Punkt: 68 % der Patienten wurden am Abdomen operiert und 18 % gaben eine Reihe kleinerer Eingriffe an, die in der Kategorie „Andere Operationen“ zusammengefasst wurden. 9 % der Patienten gaben eine Struma als Grund für ihren stationären Aufenthalt an.

Am UKB äußerten sich 77 % der befragten Patienten bezüglich der durchgeführten Operation. Hier wurden chirurgische, nicht-abdominale Eingriffe von 29 % der Befragten als Operationsgrund angegeben. In die Kategorie „Andere Operationen“ fielen 25 %. Operationen im abdominalen Bereich wurden von 12 % der Patienten angegeben. Operationen an der Schilddrüse wurden von 1 % der Patienten genannt.

Bei der Befragung zu eventuellen Voroperationen machten 30 % der Patienten des JKH und 26 % der Patienten des UKB keine Angaben. Am JKH machten 6 % der Patienten keine Angaben bezüglich des Operationsdatums, am UKB enthielten sich diesbezüglich 12 % der Aussage. 56 % der Patienten des JKH und 66 % der Patienten des UKB gaben an innerhalb der letzten 5 Jahre zuletzt operiert worden zu sein.

3.1.2 Information der Patienten

Die erste inhaltliche Frage des Fragebogens zeigte, dass es den Patienten sehr wichtig ist, über die Ursachen ihrer Erkrankung informiert zu sein. Der Mittelwert lag am JKH bei 0,85 und am UKB bei 0,86. Es zeigte sich kein signifikanter oder deutlicher Unterschied zwischen den beiden Krankenhäusern ($p=0,63$; $T=-0,478$; vgl. Abb. 4).

Die Analyse, wie gut sich die Patienten der beiden Krankenhäuser tatsächlich über die Ursachen ihrer Erkrankung informiert fühlten, zeigte am JKH einen Mittelwert von 0,66 und am UKB einen Mittelwert von 0,75. Es zeigt sich ein deutlicher, jedoch nach Durchführung der Bonferroni-Korrektur, kein signifikanter Unterschied zwischen den Krankenhäusern ($p=0,04$; $T=-2,051$; vgl. Abb. 4). Der Patientenzufriedenheitsindex lag am JKH bei 0,77 und war damit schlechter als an der Uniklinik. Hier konnte ein Index von 0,87 berechnet werden.

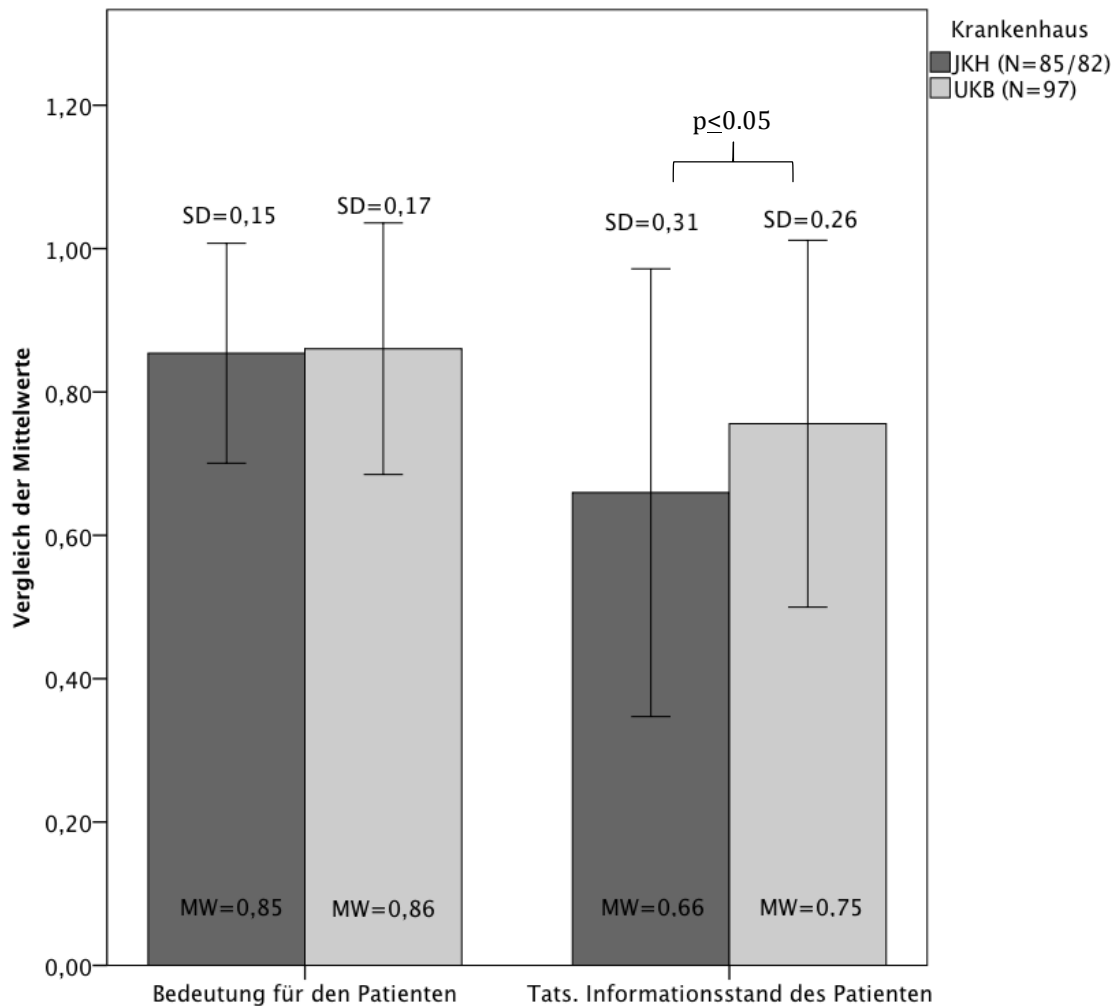


Abbildung 4: Vergleich von Bedeutung und tats. Kenntnisstand zur Erkrankungsursache

Bezüglich der Wichtigkeit, über die Folgen der Erkrankung informiert zu sein, zeigten sich in beiden Krankenhäusern ähnliche Mittelwerte (JKH=0,89; UKB=0,91). Es war weder ein signifikanter noch ein deutlicher Unterschied erkennbar ($p=0,33$; $T=-0,973$; vgl. Abb. 5).

Auch bei der Analyse des aktuellen Informationsstandes über die Erkrankungsfolgen war kein signifikanter oder deutlicher Unterschied zwischen JKH und UKB zu messen ($p=0,74$; $T=0,327$). Der Mittelwert lag bei den JKH-Patienten bei 0,74 und bei den UKB-Patienten bei 0,72 (Abb. 5). Diesen Punkt betreffend lag der Patientenzufriedenheitsindex mit 0,83 am JKH etwas höher als am UKB (0,80).

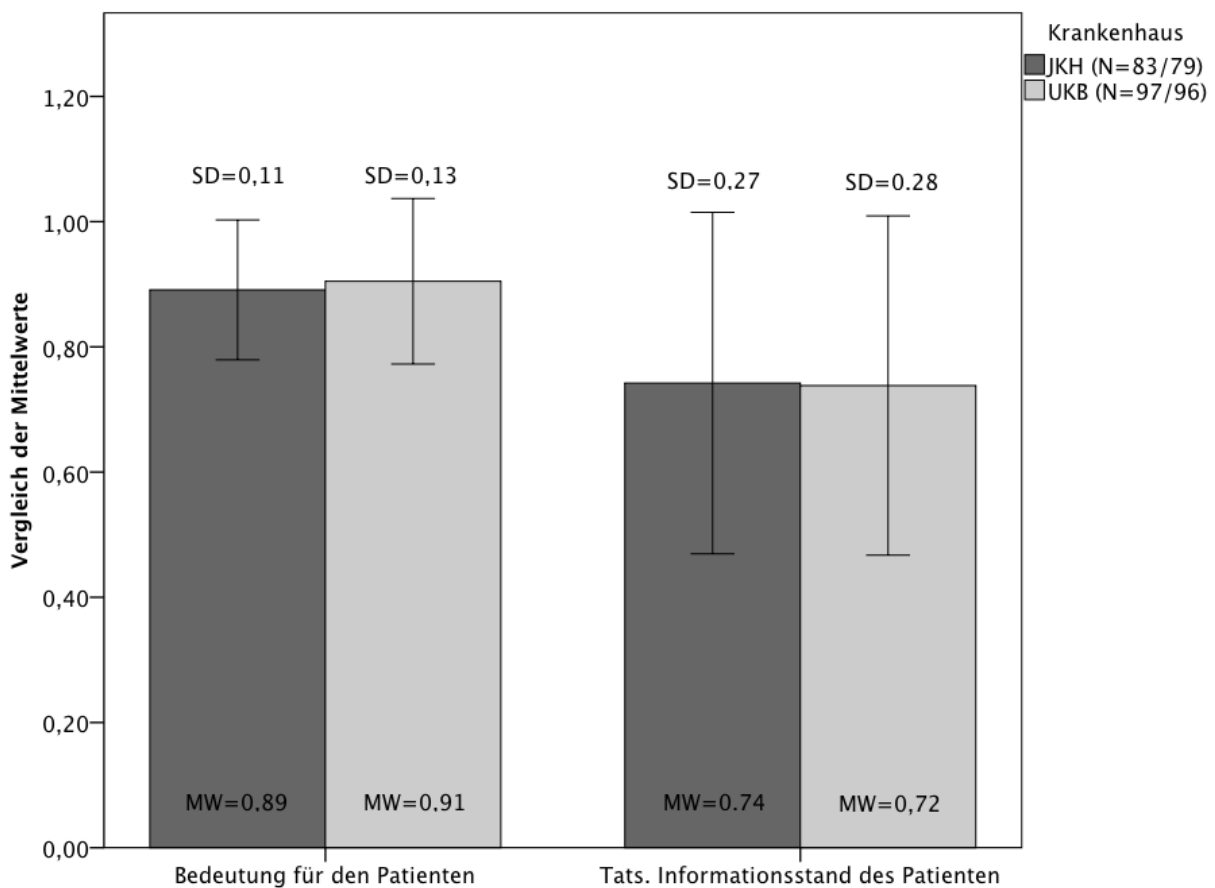


Abbildung 5: Vergleich von Bedeutung und tats. Kenntnisstand zu den Erkrankungsfolgen

Die Wichtigkeit, über die Untersuchungsergebnisse informiert zu werden, war in beiden untersuchten Krankenhäusern ähnlich hoch (JKH 0,90; UKB 0,93). Es war kein signifikanter oder deutlicher Unterschied zu verzeichnen ($p=0,10$; $T=-1,652$; vgl. Abb 6).

Bei der Untersuchung des Informationsstandes über die Untersuchungsergebnisse ergaben sich in beiden Häusern annähernd identische Mittelwerte (JKH 0,74; UKB 0,77) ohne signifikanten oder

deutlichen Unterschied ($p=0,50$; $T=-0,734$; vgl. Abb. 6). Es ergab sich am JKH ein Patientenzufriedenheitsindex von 0,82 und am UKB von 0,83.

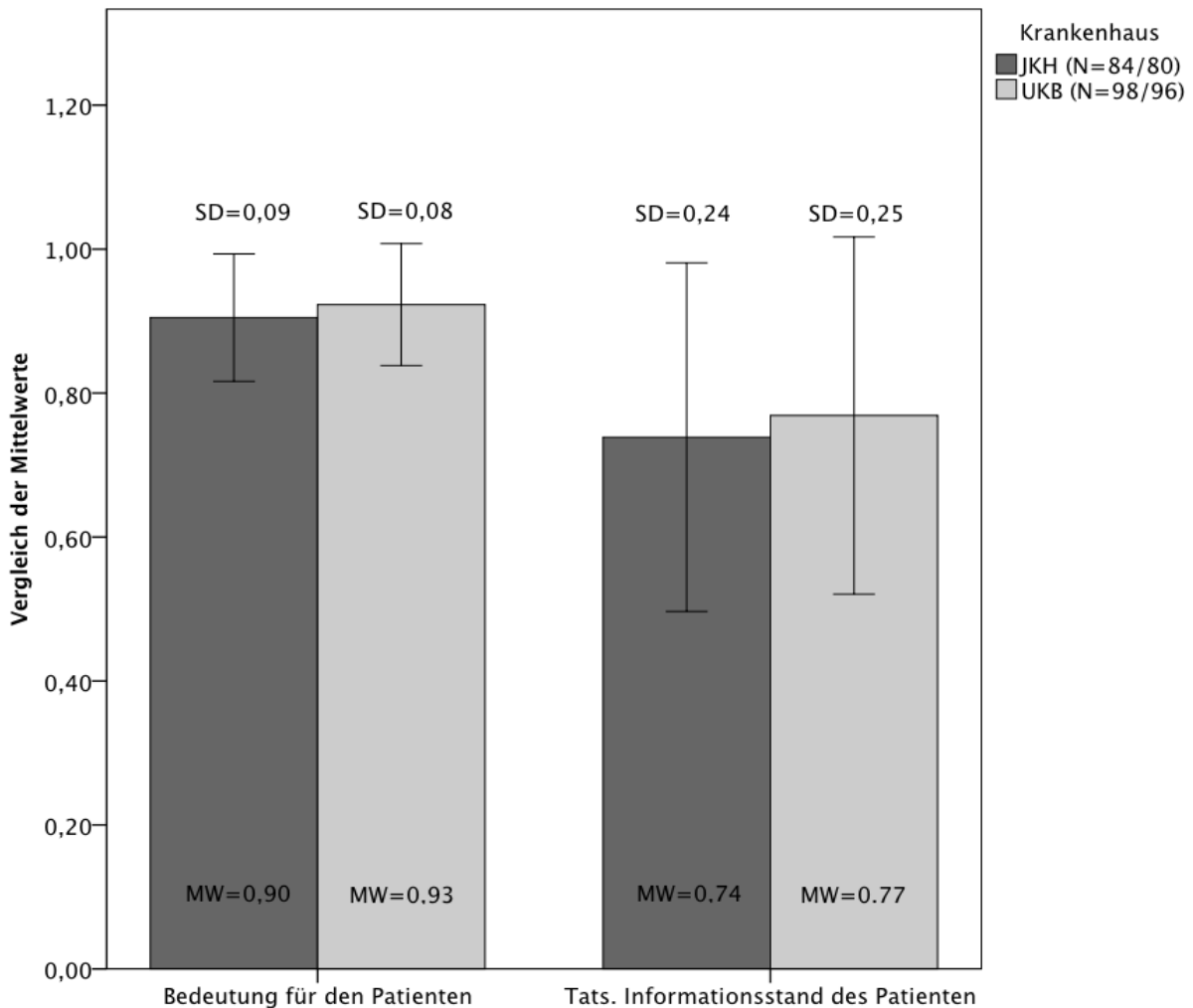


Abbildung 6: Vergleich von Bedeutung und tats. Kenntnisstand der Untersuchungsergebnisse

In Bezug auf die Wichtigkeit, über die Operation (das Vorgehen bei der Operation) informiert zu sein, gaben die Patienten in beiden Krankenhäusern annähernd gleich hohe Werte (JKH 0,8546 und UKB 0,8642) an. Es zeigte sich weder ein signifikanter noch ein deutlicher Unterschied ($p=0,72$; $T=-0,362$; vgl. Abb. 7).

Der Informationsstand bezüglich des Operationsvorgehens ergab in den beiden Häusern ebenfalls annähernd gleich hohe Mittelwerte (JKH 0,84; UKB 0,80) ohne einen signifikanten oder deutlichen Unterschied ($p=0,23$; $T=1,195$; vgl. Abb. 7). Der PZI am JKH lag bei 0,98 und am UKB bei 0,93.

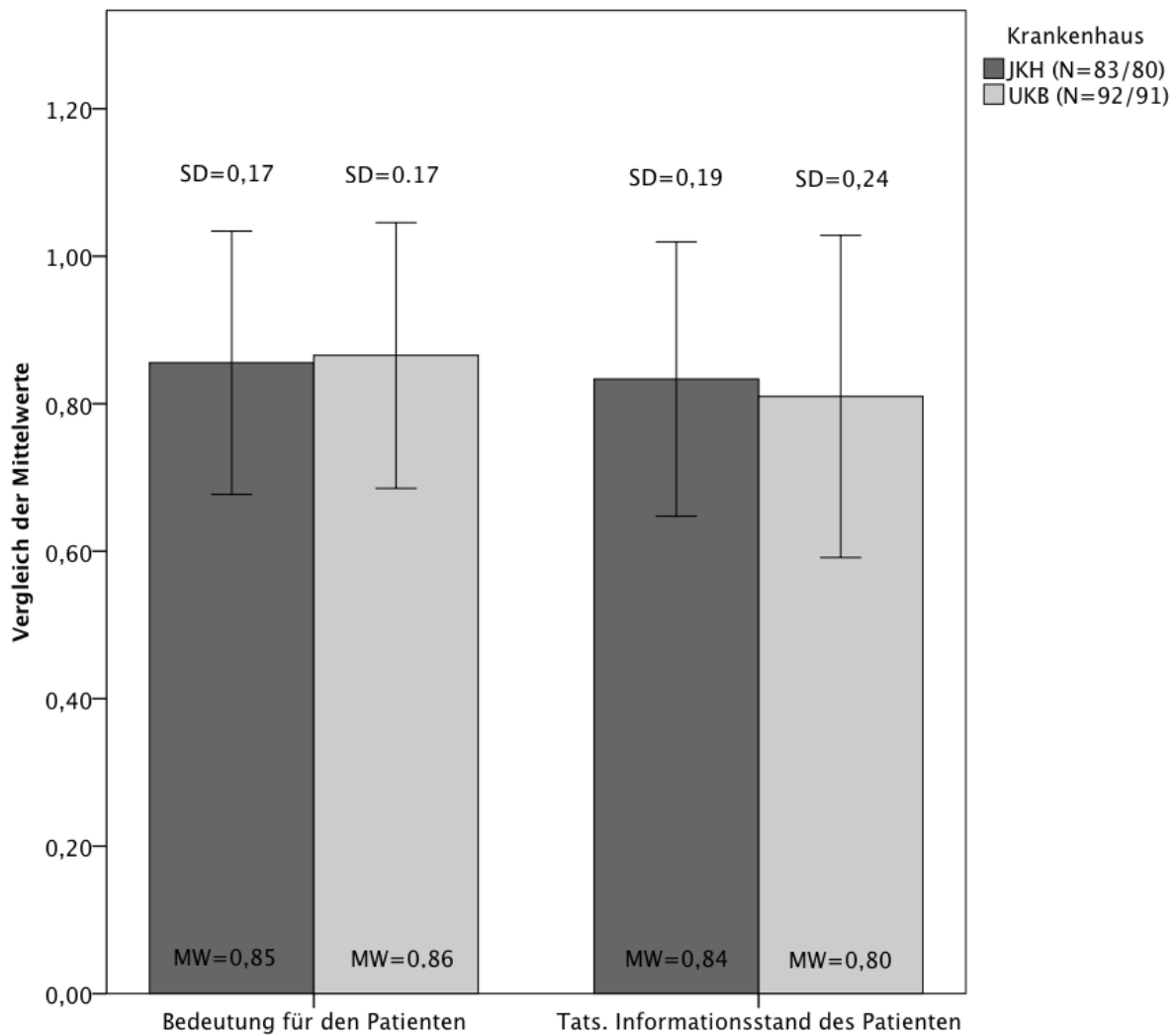


Abbildung 7: Vergleich von Bedeutung und tats. Kenntnisstand bzgl. des operativen Eingriffs

Als weiterer Unterpunkt der Frage 1 interessierte, was nach Meinung der Patienten Gründe für Informationsprobleme gewesen sein könnten. 60 % der Patienten des JKH machten keine Angaben zu Informationsproblemen. Bei 40 % war es zu Problemen bei der Information gekommen, wobei in 86 % der Fälle der Zeitmangel des Klinikpersonals aus Sicht der Patienten dafür verantwortlich gemacht werden konnte. 17 % gaben „sprachliche Probleme“ (d.h. die Nutzung von Fachtermini) als Ursache an und nach Meinung von 6 % der Patienten war der Grund für die Probleme schlechtes Aufklärungsmaterial (Abb. 8).

Eine ähnliche Verteilung zeigte sich am UKB: Hier gaben 47 % der befragten Patienten Informationsprobleme an. Als Hauptgrund wurde der Zeitmangel des Klinikpersonals genannt (79 %). Schlechtes Aufklärungsmaterial war aus der Sicht von 23 % der Patienten der Grund für Informationsprobleme und laut 21 % waren „sprachliche Probleme“ ursächlich für die Probleme bei der

Information. Am UKB führten weitere 2 % der Patienten die „eigene Aufregung“ als Grund für Informationsprobleme an (Abb. 8).

Mit dem Chi-Quadrat-Test wurde untersucht, ob ein Zusammenhang zwischen Informationsproblemen und dem jeweiligen Krankenhaus bestand. Der Test zeigte keinen Zusammenhang zwischen den beiden Variablen, die Probleme waren also krankenhausunabhängig ($p=0,33$; $\chi^2=0,943$).

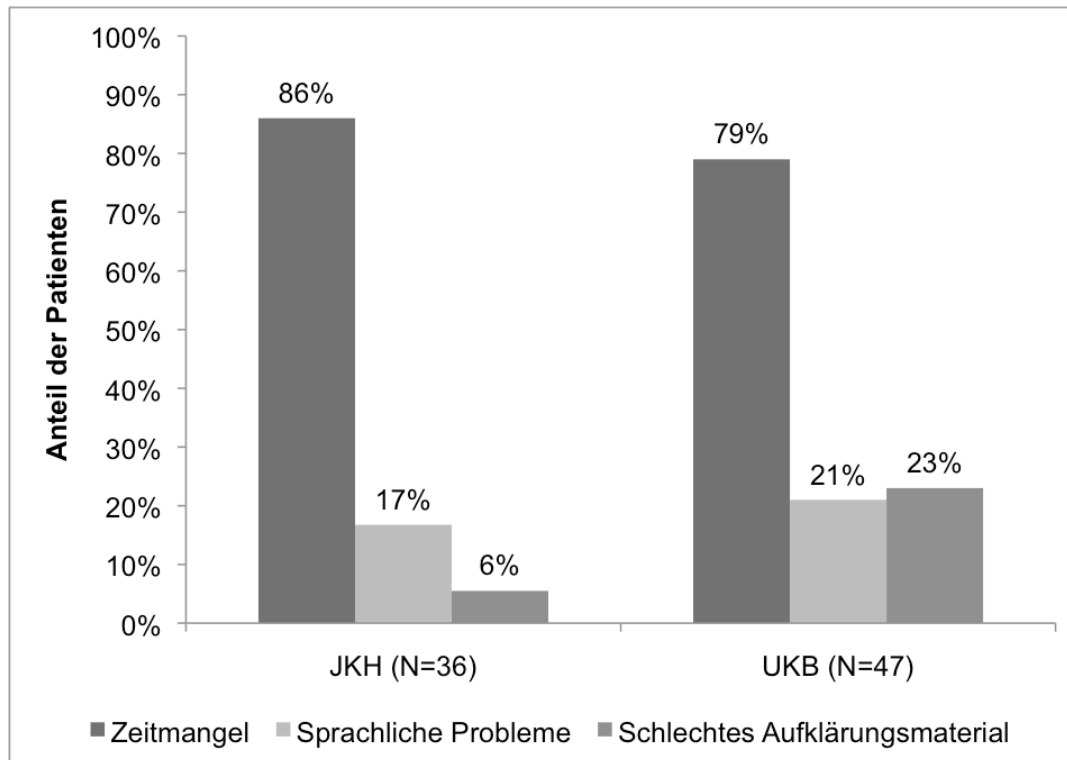


Abbildung 8: Gründe der Patienten für Informationsprobleme

Frage 2 beschäftigte sich mit den Informationsangeboten während des Krankenhausaufenthalts. Bei der Frage, wie wichtig den Patienten die Informationsangebote während ihres Krankenhausaufenthalts seien, gaben die Patienten des JKH einen Mittelwert von 0,77 und die Patienten am UKB einen Mittelwert von 0,80 an. Es zeigte sich weder ein signifikanter noch ein deutlicher Unterschied zwischen den beiden Häusern ($p=0,39$; $T=-0,861$; vgl. Abb. 9).

Auch bei der Frage danach, wie zufrieden die Patienten mit den Informationsangeboten während ihres Krankenhausaufenthalts seien, ergaben sich ähnlich Mittelwerte (JKH 0,69; UKB 0,66). Ein signifikanter oder deutlicher Unterschied war auch hier nicht nachzuweisen ($p=0,44$; $T=-0,780$; vgl. Abb. 9). Es ergab sich am JKH ein Patientenzufriedenheitsindex von 0,89 und am UKB ein Index von 0,83.

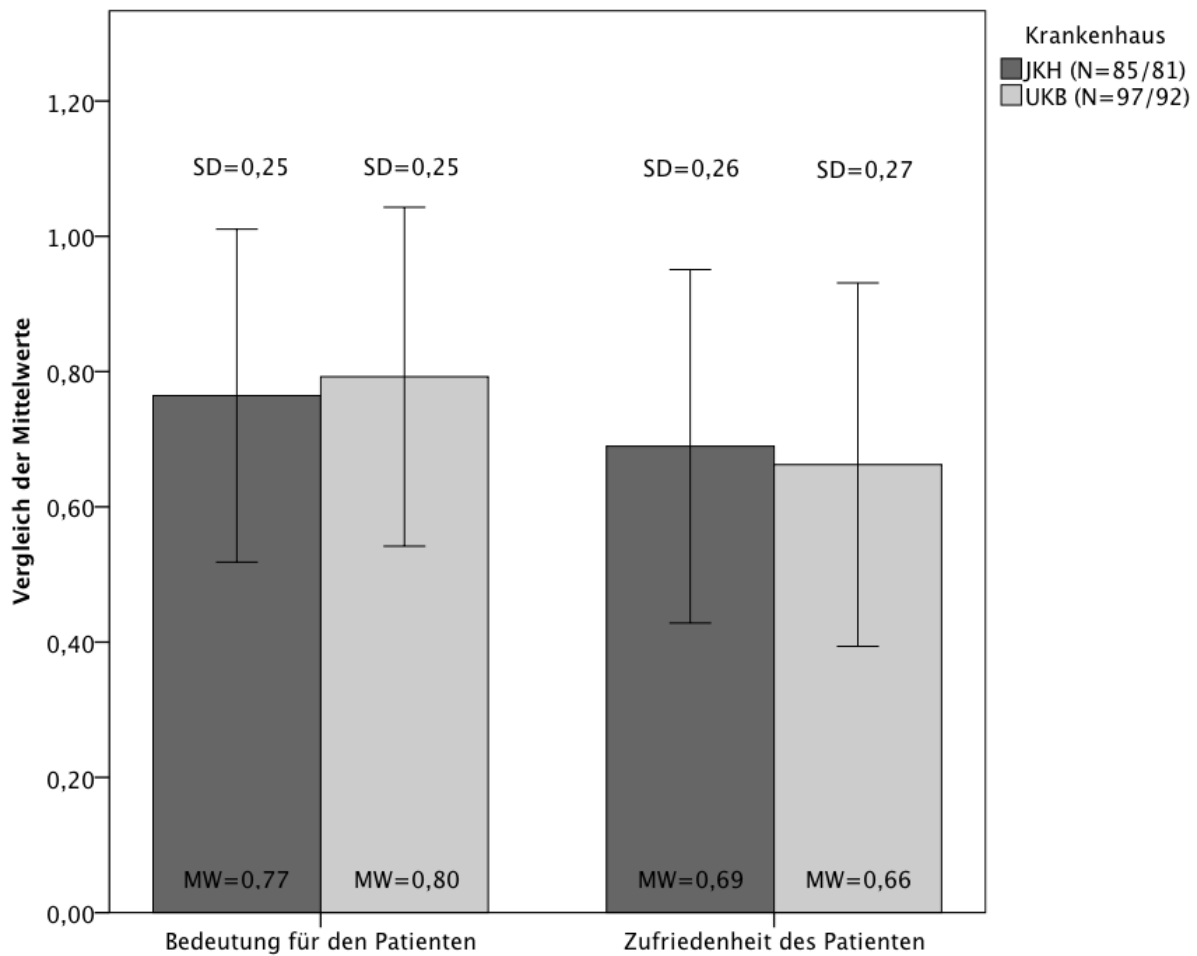


Abbildung 9: Bedeutung und Zufriedenheit der Patienten mit dem Informationsangebot

Als weiterer Unterpunkt wurde in Frage 2 danach gefragt, was sich die Patienten für weitere Informationsangebote wünschen würden. Am JKH machten 43 % der Befragten Angaben zu diesem Unterpunkt, am UKB waren es 51 %. An erster Stelle wurde an beiden Krankenhäusern der Wunsch nach mehr schriftlichem Informationsmaterial geäußert (JKH 64 % UKB 71 %). An zweiter Stelle lag der Wunsch nach mehr elektronischen Informationsangeboten (JKH 26 % UKB 35 %). Auf Platz drei fand sich der Wunsch nach krankheitsbezogenen Schulungen von Fachpersonal für Patienten (JKH 23 % UKB 29 %). An vierter Stelle äußerten die Patienten den Wunsch nach einem Angebot von Gesprächsrunden mit anderen Patienten (JKH 16 % UKB 18 %; vgl. Abb. 10). Die Patienten des UKB wünschten sich darüber hinaus in der Kategorie „Anderes“ eine schnellere Mitteilung ihrer Ergebnisse (6 %). Der Chi-Quadrat-Test zeigte keinen Zusammenhang zwischen dem Wunsch nach zusätzlichen Informationsangeboten und den Krankenhäusern ($p=0,29$; $\chi^2=1,117$).

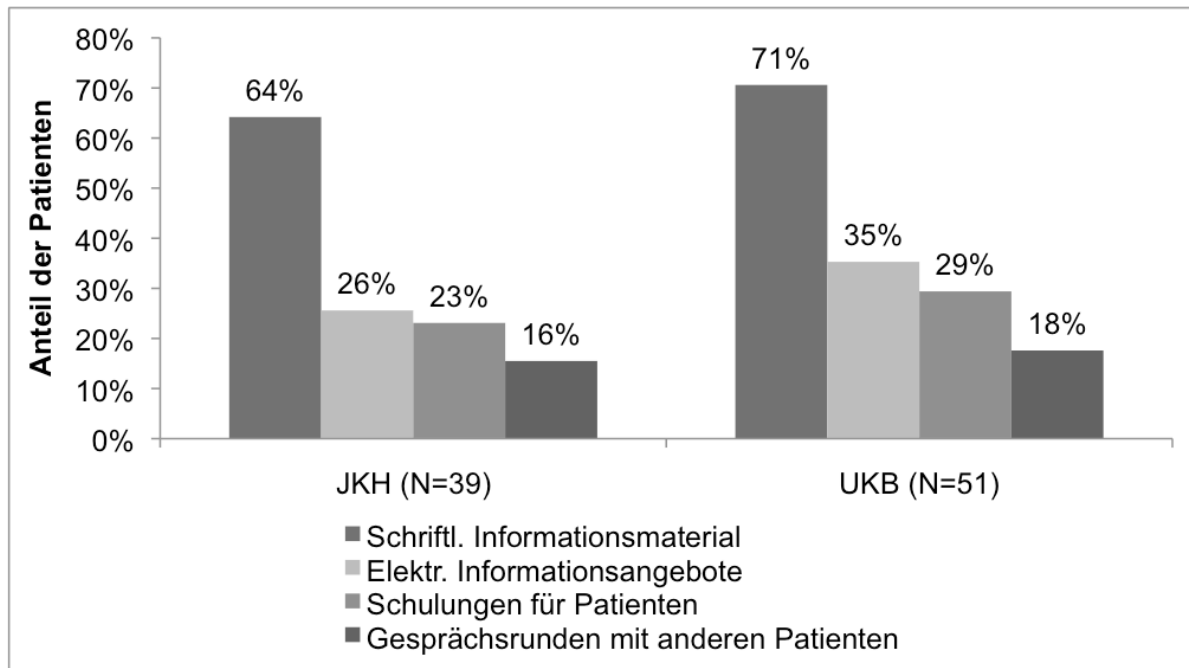


Abbildung 10: Bedarf zusätzlicher Informationsangebote

Mit Frage 3 sollte analysiert werden, wie wichtig es den Patienten war, ihrer Krankheit in Zukunft vorbeugen zu können und wie zufrieden sie mit den erhaltenen Informationen über vorbeugende Maßnahmen waren. An beiden Krankenhäusern war es den Patienten sehr wichtig zu wissen, wie sie in der Zukunft vorbeugen können (Mittelwerte JKH 0,89 UKB 0,91). Am JKH lag der Mittelwert des tatsächlichen Informationsstandes zu vorbeugenden Maßnahmen bei 0,62 und am UKB bei 0,66.

Sowohl in Bezug auf die Wichtigkeit, als auch den Informationsstand zu vorbeugenden Maßnahmen war im Vergleich der beiden Häuser weder ein signifikanter noch ein deutlicher Unterschied zu erkennen (Wichtigkeit: $p=0,32$; $T=-0,989$ Zufriedenheit: $p=0,47$; $T=-0,722$; vgl. Abb. 11). Der PZI am JKH ergab 0,70. Am UKB ergab sich ein vergleichbarer PZI (0,73).

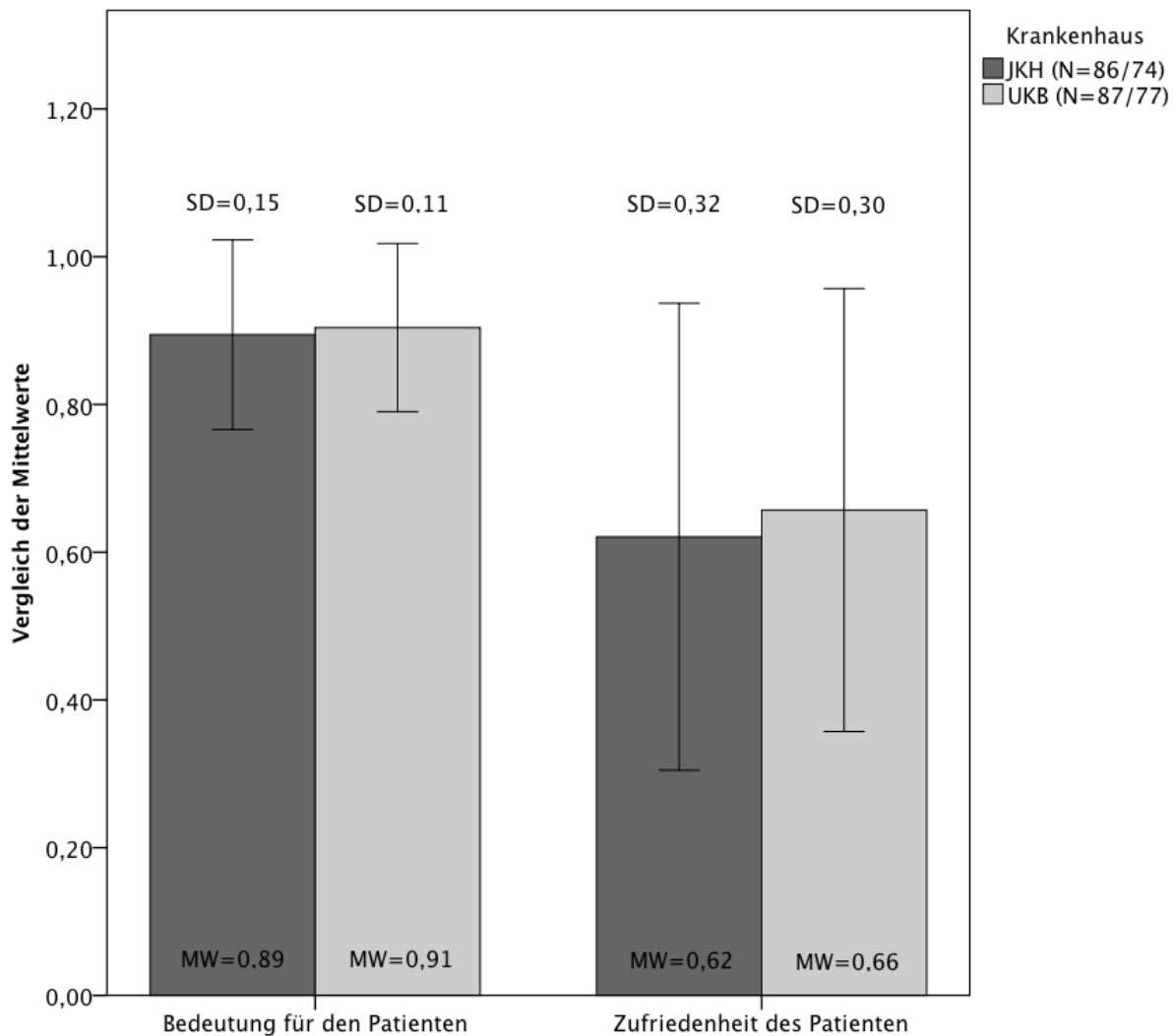


Abbildung 11: Aufklärung zu Maßnahmen der Krankheitsvorbeugung

3.1.3 Mitspracherecht der Patienten

In der Frage 4 wurden die Patienten zum Wunsch nach Miteinbezug in die Therapieplanung durch die Ärzte gefragt. In beiden Krankenhäusern war es den Patienten sehr wichtig, durch die Ärzte in die Therapieplanung miteinbezogen zu werden. Die Mittelwerte unterschieden sich nur minimal. So ließ sich für die Patienten des JKH ein Mittelwert von 0,89 und am UKB ein Mittelwert von 0,91 berechnen. Im Vergleich ergab sich auch hier weder ein signifikanter noch ein deutlicher Unterschied ($p=0,27$; $T=-1,101$; vgl. Abb. 12).

In beiden Krankenhäusern waren die Patienten im Mittel zufrieden mit ihrem Mitspracherecht bei der Therapieplanung. Es zeigten sich nahezu identische Werte (JKH und UKB etwa 0,76). Ein signifikanter oder deutlicher Unterschied zeigte sich nicht ($p=0,99$; $T=0,012$; vgl. Abb. 12). Der

Patientenzufriedenheitsindex im JKH war mit 0,86 etwas höher als am UKB, wo ein Wert von 0,84 berechnet wurde.

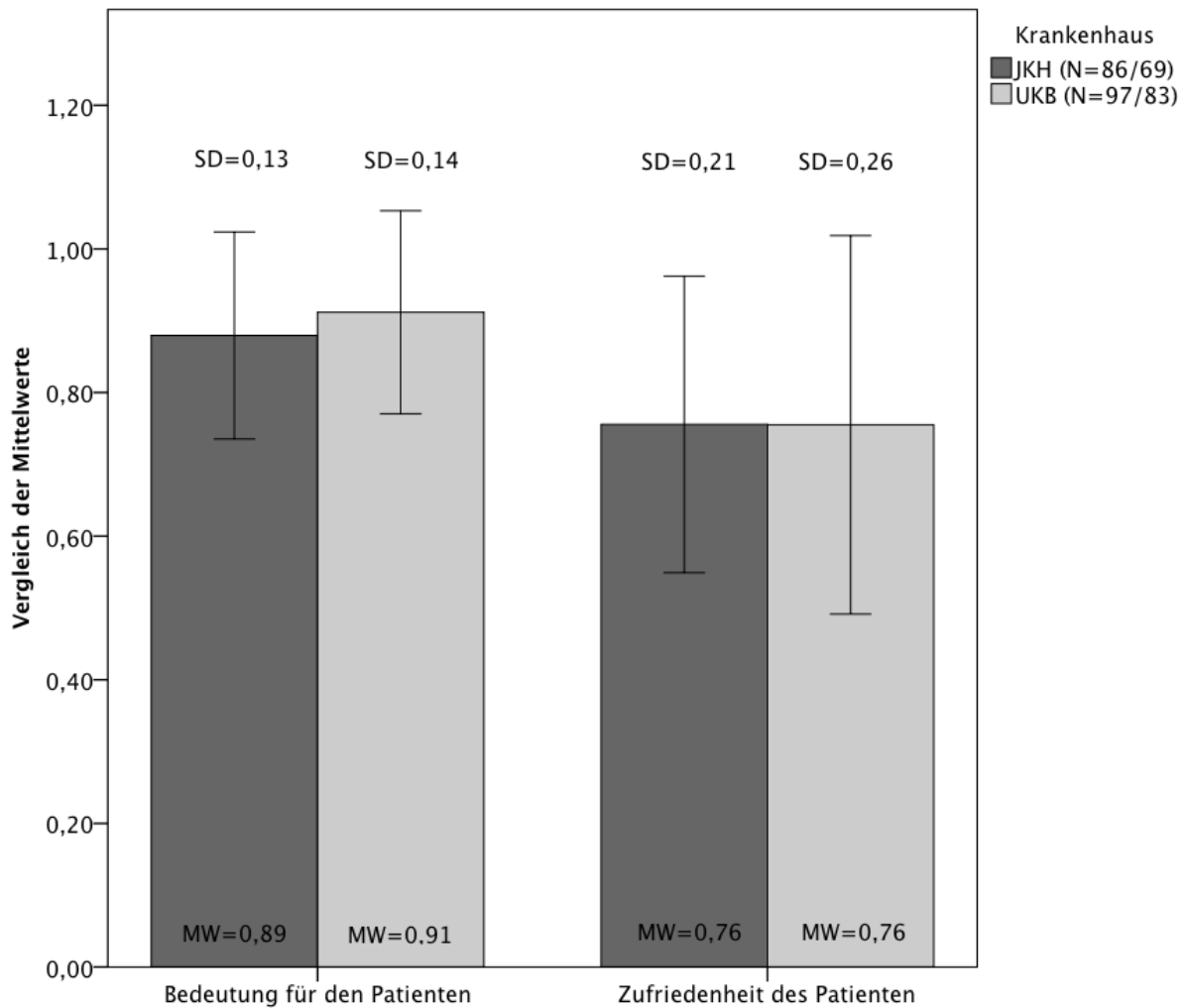


Abbildung 12: Einbindung der Patienten in die Therapieplanung

Die Frage, wie genau die Therapieentscheidungen gefällt werden, beantworteten am JKH und am UKB 94 % der befragten Patienten. An beiden Krankenhäusern gab der Hauptteil der Patienten an, die Therapieentscheidungen zusammen mit den Ärzten zu treffen (JKH 79 % u. UKB 78 %). 33 % der JKH-Patienten und 35 % der UKB-Patienten gaben an, die Therapieentscheidung gemeinsam mit den Angehörigen zu treffen. Am UKB überließen 18 % der befragten Patienten die Therapieentscheidung ausschließlich den Ärzten, am JKH waren es 15 % der Befragten. Weitere 15 % der Patienten des JKH und des UKB gaben an, die Therapieentscheidung alleine zu treffen (vgl. Abb. 13). Es zeigten sich keine signifikanten oder deutlichen Unterschiede zwischen beiden Krankenhäusern bezüglich der verschiedenen Möglichkeiten der Therapieentscheidung.

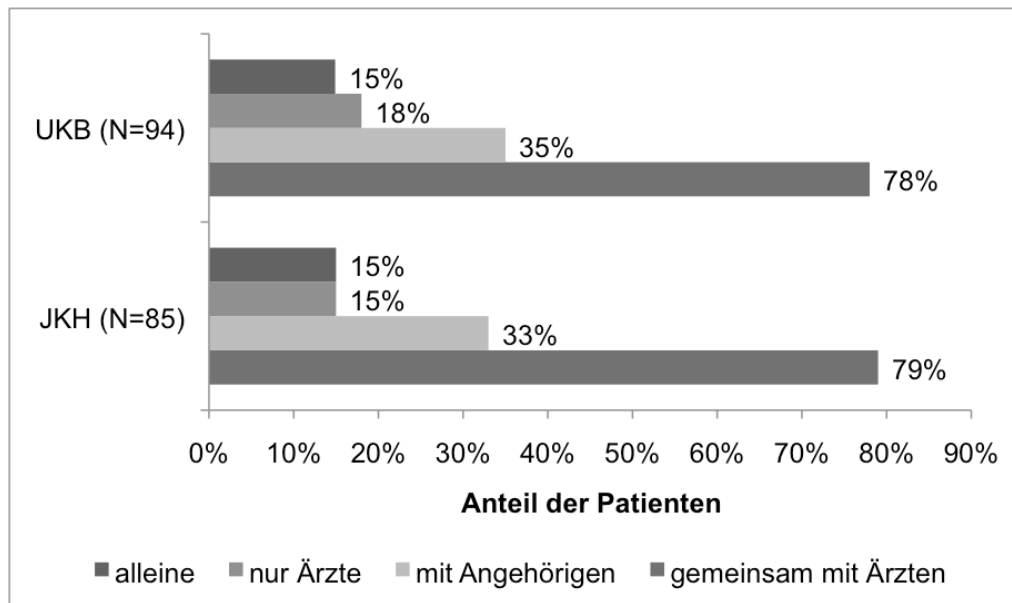


Abbildung 13: Beteiligung an Therapieentscheidung

Sowohl am JKH als auch am UKB war bei den Patienten zumeist kein Gefühl der Überforderung in bestimmten Entscheidungssituationen in Bezug auf die Erkrankung oder Therapien zu verzeichnen. 91 % der Patienten des JKH und 85 % der Patienten des UKB gaben an, sich noch nie überfordert gefühlt zu haben. Am JKH gaben 9 % und am UKB 15 % der Patienten an, sich schon einmal überfordert gefühlt zu haben (vgl. Abb. 14). 4 % der Patienten am JKH und 2 % der Patienten am UKB äußerten sich nicht zu der Frage. Ein Zusammenhang zwischen Überforderung und dem jeweiligen Krankenhaus wurde nicht deutlich ($p=0,22$; $\chi^2=1,510$).

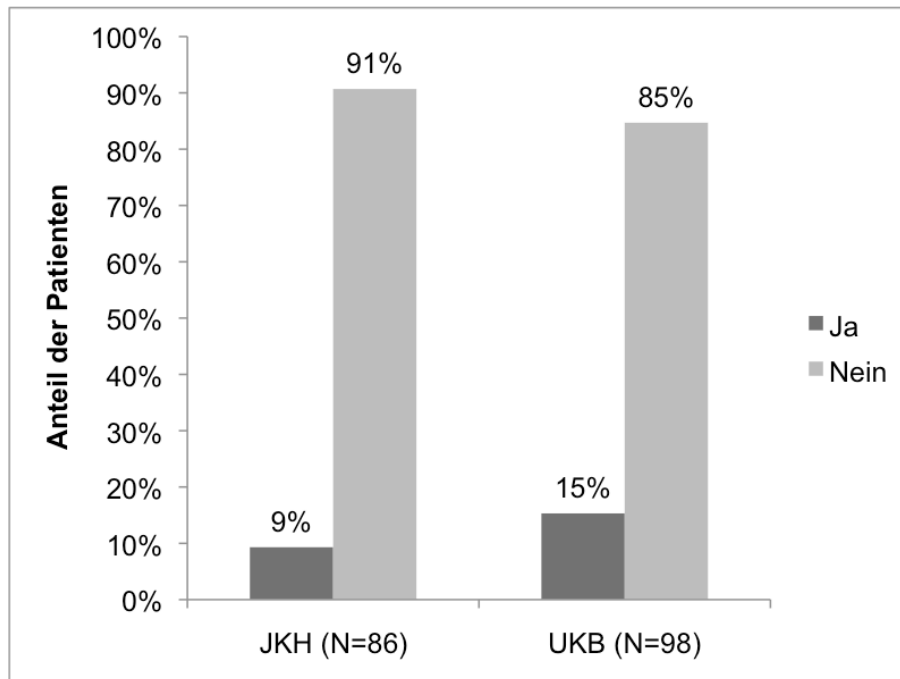


Abbildung 14: Überforderung der Patienten bei Entscheidungen bzgl. Erkrankung / Therapie

Als Gründe für die Überforderung wurden am JKH unzureichende Aufklärung (71 %), Angst vor Komplikationen (29 %), Verwirrung durch verschiedene Therapiemöglichkeiten (14 %) und zu kurze Bedenkzeit (14 %) genannt. Auch am UKB wurden die zu kurze Bedenkzeit (36 %) sowie die Verwirrung durch verschiedene Therapiemöglichkeiten (36 %), die unzureichende Aufklärung (36 %) und die Angst vor Komplikationen (27 %), als Überforderungsgründe angegeben (vgl. Abb. 15). Keine detaillierten Angaben machten am JKH 13 % und am UKB 27 % der Patienten die sich schon einmal überfordert gefühlt hatten.

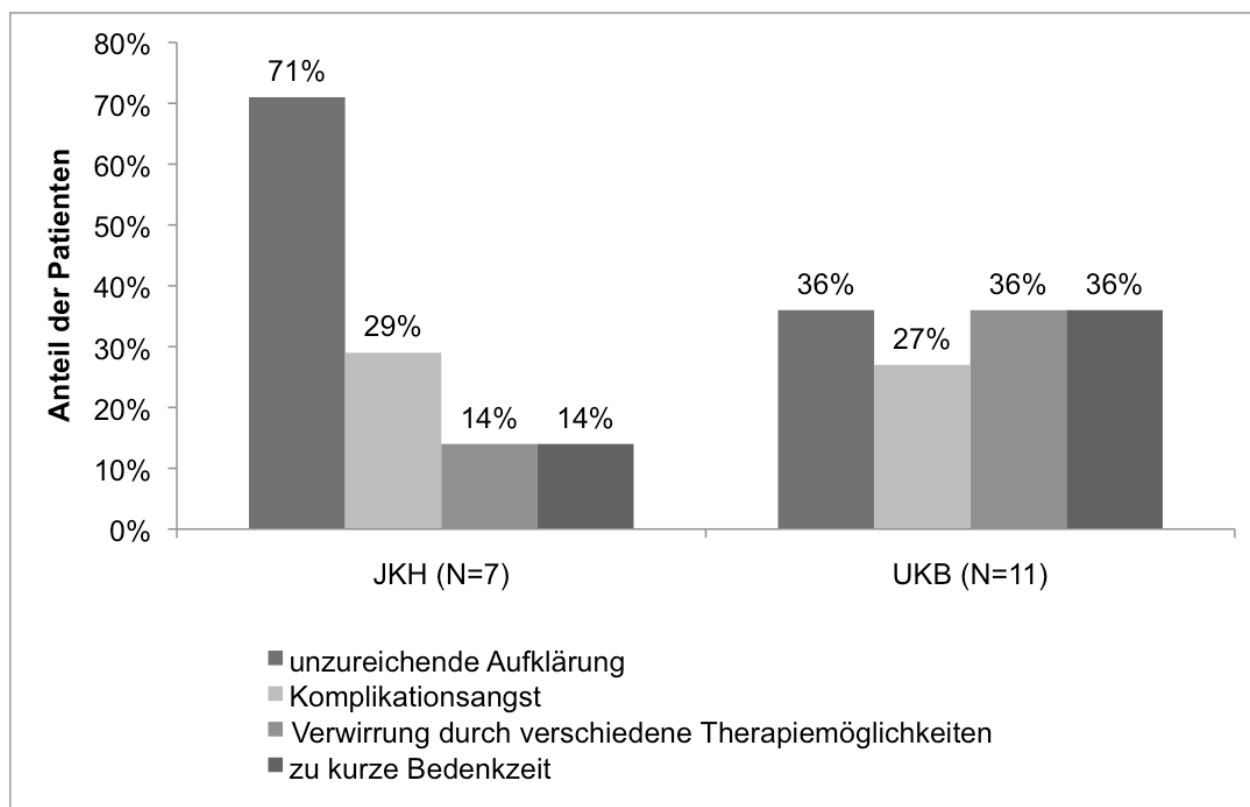


Abbildung 15: Gründe für Überforderung in Entscheidungssituationen

In der Frage 7 wurde danach gefragt, ob sich die Patienten von den Ärzten bevormundet fühlten. Im Mittel ergab sich an beiden Krankenhäusern ein Bevormundungsempfinden von etwa 0,2 (JKH 0,22; UKB 0,26) ohne einen signifikanten oder deutlichen Unterschied zwischen JKH und UKB ($p=0,35$; $T=-0,938$).

Am JKH wurde als Hauptgrund für eine empfundene Bevormundung (11 % machten Angaben) angegeben, dass die Ärzte aufgrund von bestehendem Zeitmangel die Entscheidungen treffen würden (60 %). Von den Patienten des UKB (6 % machten Angaben) wurde als Hauptursache angegeben, dass sie sich zu bestimmten Therapieentscheidungen gedrängt fühlten (67 %). Dieser Grund wurde von den Patienten des JKH als zweithäufigster Grund für eine Bevormundung angegeben (40 %). Am UKB folgte an zweiter Stelle die alleinige Entscheidung durch die Ärzte aufgrund von Zeitmangel (33 %; vgl. Abb. 16).

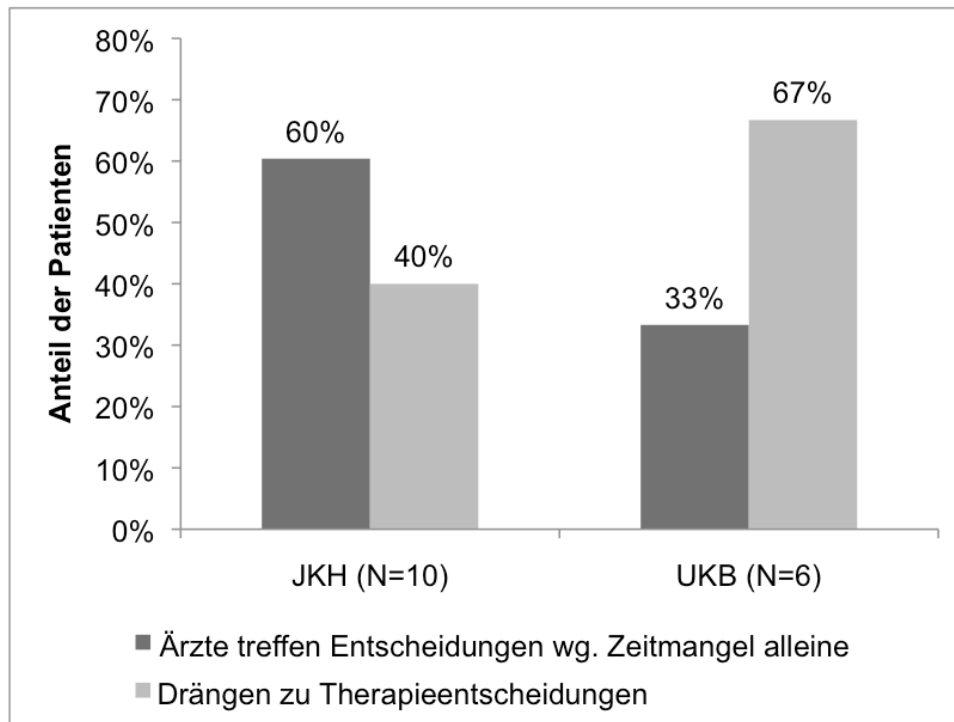


Abbildung 16: Arten der Bevormundung von Patienten

3.1.4 Beziehung Patient - Arzt / Patient - Pflegepersonal

Frage 8 und Frage 9 beschäftigten sich mit der Beziehung zwischen Patienten und Ärzten sowie Patienten und Pflegepersonen. Sowohl die durchschnittliche Ärztezahl, als auch die Anzahl des Pflegepersonals betreffend, unterscheiden sich beide Häuser im Mittel nur minimal (Ärzte: JKH 4,52 UKB 3,92; Pflegepersonal: JKH 7,13 UKB 6,70; vgl. Abb. 17). Ein signifikanter oder deutlicher Unterschied ließ sich weder bei Ärzten noch bei Pflegepersonal erkennen (Ärzte: $p=0,09$; $T=1,730$; Pflegepersonal: $p=0,40$; $T=0,846$). Am JKH gaben 58 % der Patienten an, die sie behandelnden Ärzte zu kennen, 42 % kannten die Ärzte nicht und 1 % machte diesbezüglich keine Angaben. Am UKB kannten 54 % der Patienten die sie behandelnden Ärzte, 47 % kannten die Ärzte nicht. Am UKB machten 14 % der befragten Patienten keine Angaben zu dieser Frage (Abb. 18).

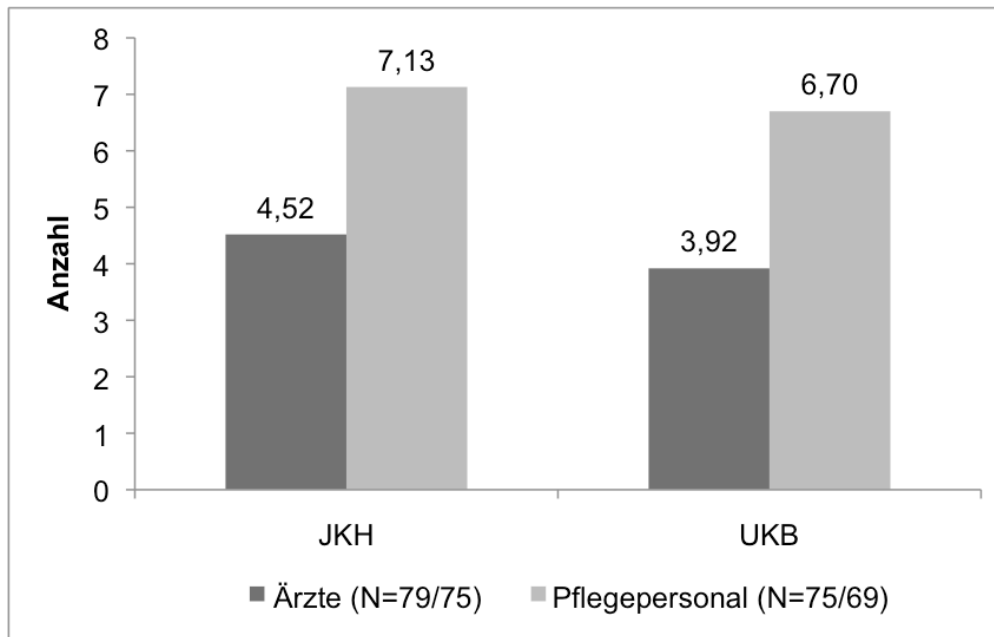


Abbildung 17: Anzahl des medizinischen Personals bei der Patientenbetreuung

Identische Werte ergaben sich am UKB bei der Frage, ob die Patienten das sie betreuende Pflegepersonal kennen würden. Am JKH gaben 62 % der befragten Patienten an, die Pflegepersonen zu kennen, 38 % kannten die sie betreuenden Pflegepersonen nicht. Keine Angaben zu diesem Fragepunkt machten 4 % der befragten Patienten (Abb. 18). Der Chi-Quadrat-Test zeigte keinen signifikanten oder deutlichen Unterschied zwischen JKH und UKB, weder bezüglich der Bekanntheit der Ärzte ($p=0,51$; $\chi^2=0,433$) noch bezüglich der Bekanntheit der Pflege ($p=0,28$; $\chi^2=1,166$).

Den Patienten des JKH wie auch den Patienten des UKB war sowohl der persönliche Kontakt zu Ärzten als auch zu Pflegepersonal sehr wichtig. Die Mittelwerte lagen zwischen 0,81 und 0,86 (Ärztkontakt JKH 0,86 UKB 0,85; Pflegekontakt JKH 0,83 UKB 0,81). Es ließen sich keine signifikanten oder deutlichen Unterschiede zwischen den beiden Krankenhäusern erkennen (Ärztkontakt $p=0,58$ $T=0,558$; Pflegekontakt $p=0,62$ $T=0,492$; vgl. Abb. 19 und 20). In beiden Häusern ergaben sich bei der Frage nach der Zufriedenheit mit dem persönlichen Kontakt zu den Ärzten beziehungsweise zur Pflege ähnliche Mittelwerte ohne signifikanten oder deutlichen Unterschied.

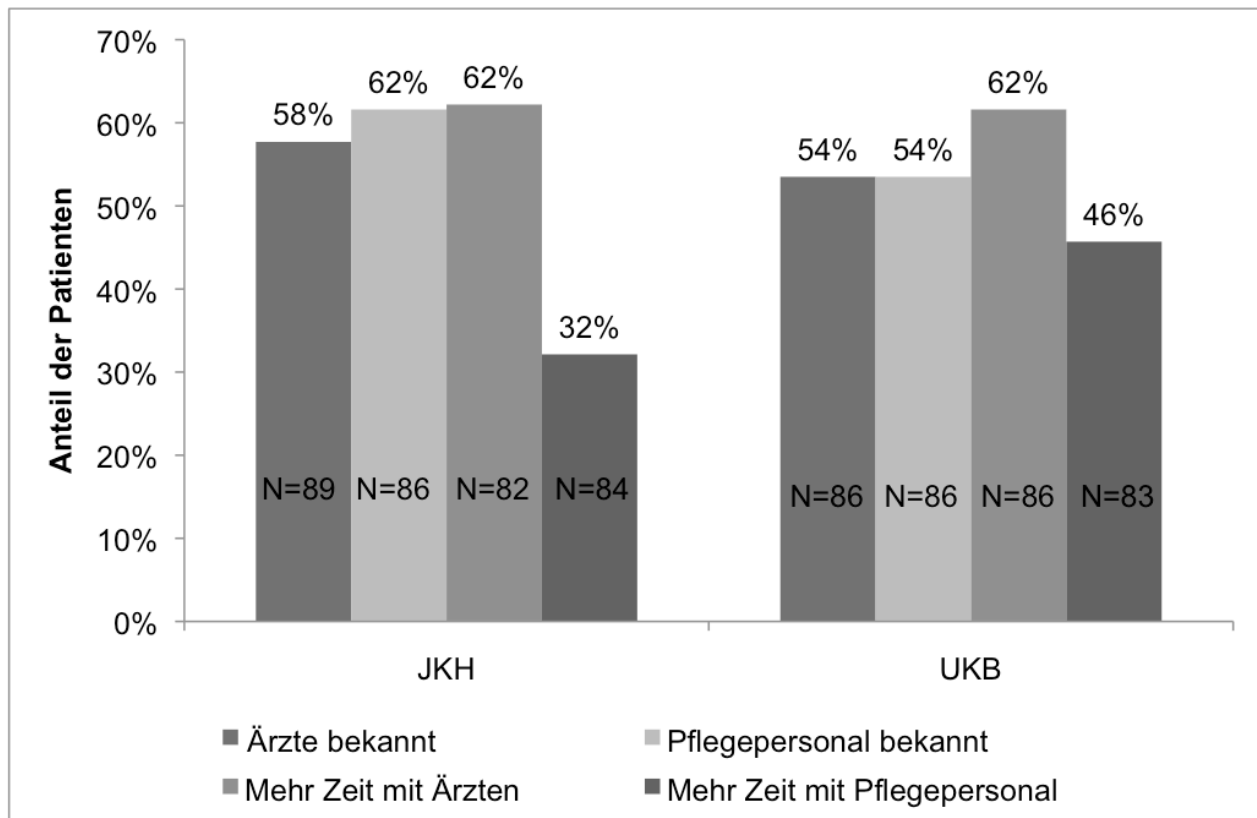


Abbildung 18: Zufriedenheit mit dem medizinischem Personal

Es zeigte sich, dass die Patienten in beiden Häusern im Durchschnitt zufriedener mit dem Kontakt zur Pflege waren. Der Mittelwert lag hier im JKH bei 0,80 und am UKB bei 0,77. Der Mittelwert der Zufriedenheit mit dem Kontakt zu den Ärzten lag am JKH bei 0,70 und am UKB bei 0,68. Zwischen beiden Krankenhäusern ließen sich bezüglich der Zufriedenheit keine signifikanten oder deutlichen Unterschiede verzeichnen (Ärzte $p=0,69$ $T=0,395$; Pflege $p=0,43$ $T=0,800$; vgl. Abb. 19 und 20). Bezüglich des Kontakts zum Pflegepersonal ergaben sich höhere Patientenzufriedenheitsindices (JKH 0,96 UKB 0,95) als bezüglich des Kontakts zu den Ärzten (JKH 0,81 UKB 0,80).

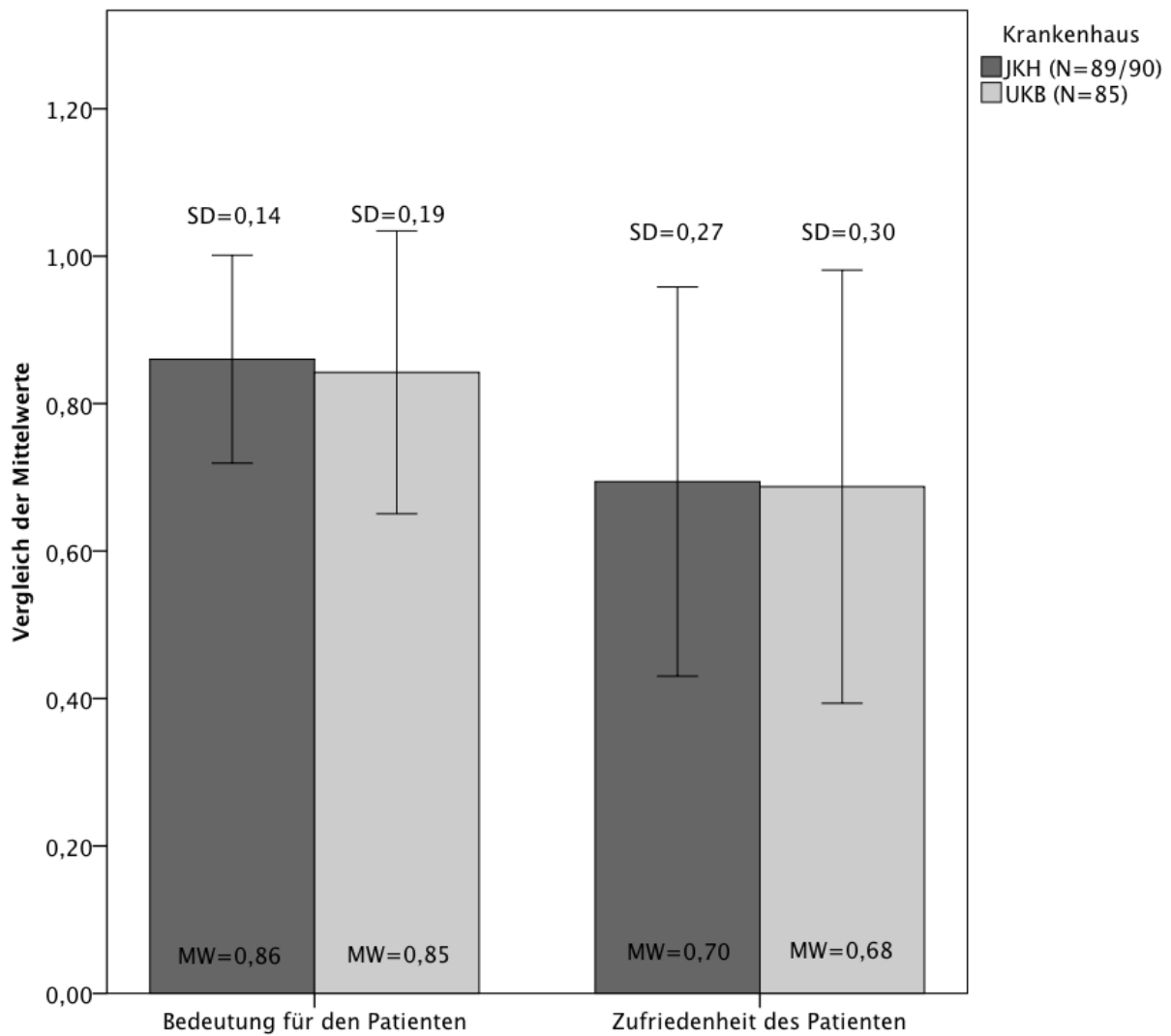


Abbildung 19: Bedeutung und Zufriedenheit mit dem Kontakt zu Ärzten

Im JKH und am UKB wünschten sich 62 % der Patienten mehr Zeit für Gespräche mit den Ärzten (vgl. Abb.18; Keine Angaben JKH 9 %; UKB 14 %). An Gesprächsthemen, über welche die Patienten gerne intensiver mit den Ärzten sprechen würden, wurden der Umgang mit der Krankheit, weitere Behandlungsmethoden, Gespräche über den Entstehungsgrund der Krankheit sowie deren zukünftige Vorbeugung genannt. Ferner wurde der Wunsch nach einem festen ärztlichen Ansprechpartner geäußert.

Mehr Zeit für Gespräche mit den Pflegepersonen wünschten sich am JKH 32 % der Befragten am UKB waren es 46 % (vgl. Abb.18; Keine Angaben JKH 7 % UKB 17 %). Themen, welche die Patienten gerne intensiver mit den Pflegepersonen besprechen würden, waren organisatorische Abläufe auf der Station und der Wunsch nach mehr Pflegezeit. Ferner wurde der Wunsch nach einem konkreten Ansprechpartner in der Pflege von den Patienten des JKH geäußert.

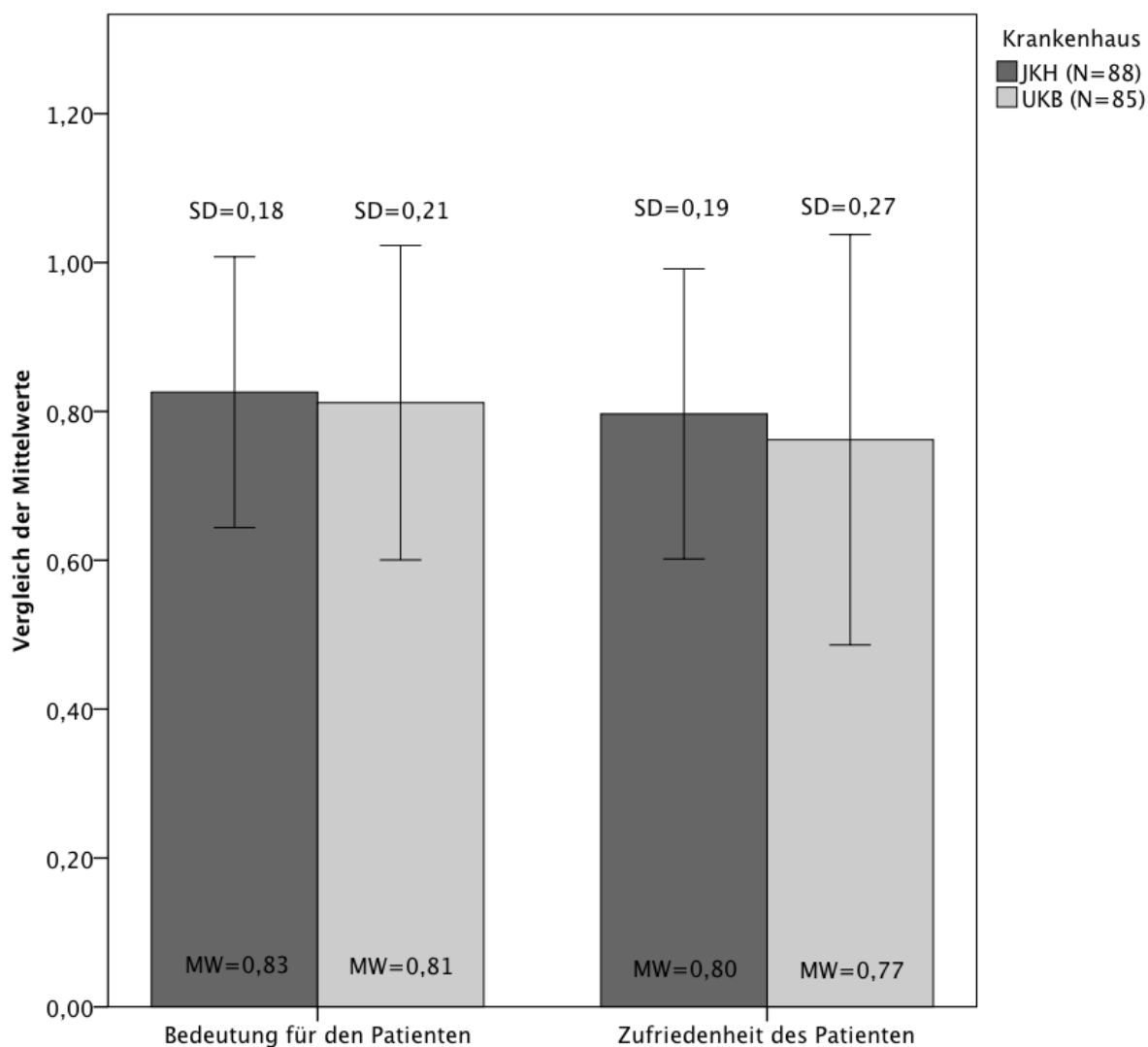


Abbildung 20: Bedeutung und Zufriedenheit mit dem Kontakt zur Pflege

Der Chi-Quadrat-Test zeigte sowohl bezüglich der Analyse des Gesprächszeitwunsches mit den Ärzten als auch bezüglich der Analyse des Gesprächszeitwunsches mit den Pflegepersonen keinen signifikanten oder deutlichen Unterschied zwischen JKH und UKB (Ärzte $p=0,94$ $\chi^2=0,006$; Pflege $p=0,07$ $\chi^2=3,267$).

3.1.5 Fehlbläufe, Unstimmigkeiten und der Umgang mit Komplikationen

In Frage 10 ging es darum, herauszufinden, ob sich die Patienten mitverantwortlich für ein gutes Gelingen ihrer Behandlung fühlten. Erkennbar wurde, dass sich die Patienten stark mitverantwortlich fühlten (Mittelwert JKH und UKB 0,88). Es zeigte sich zwischen JKH und UKB weder ein signifikanter noch ein deutlicher Unterschied ($p=0,96$; $T=-0,053$; vgl. Abb. 21).

Die Frage nach der Kenntnis der verabreichten Tabletten, bejahten 74 % der Patienten des JKH und 67 % des UKB (Abb. 22). 26 % im JKH und 33 % im UKB verneinten die Tablettenkenntnis (keine Angaben JKH 1 %; UKB 15 %). Der Chi-Quadrat-Test zeigte weder einen signifikanten noch einen deutlichen Unterschied zwischen den Krankenhäusern ($p=0,30$; $\chi^2=1,057$).

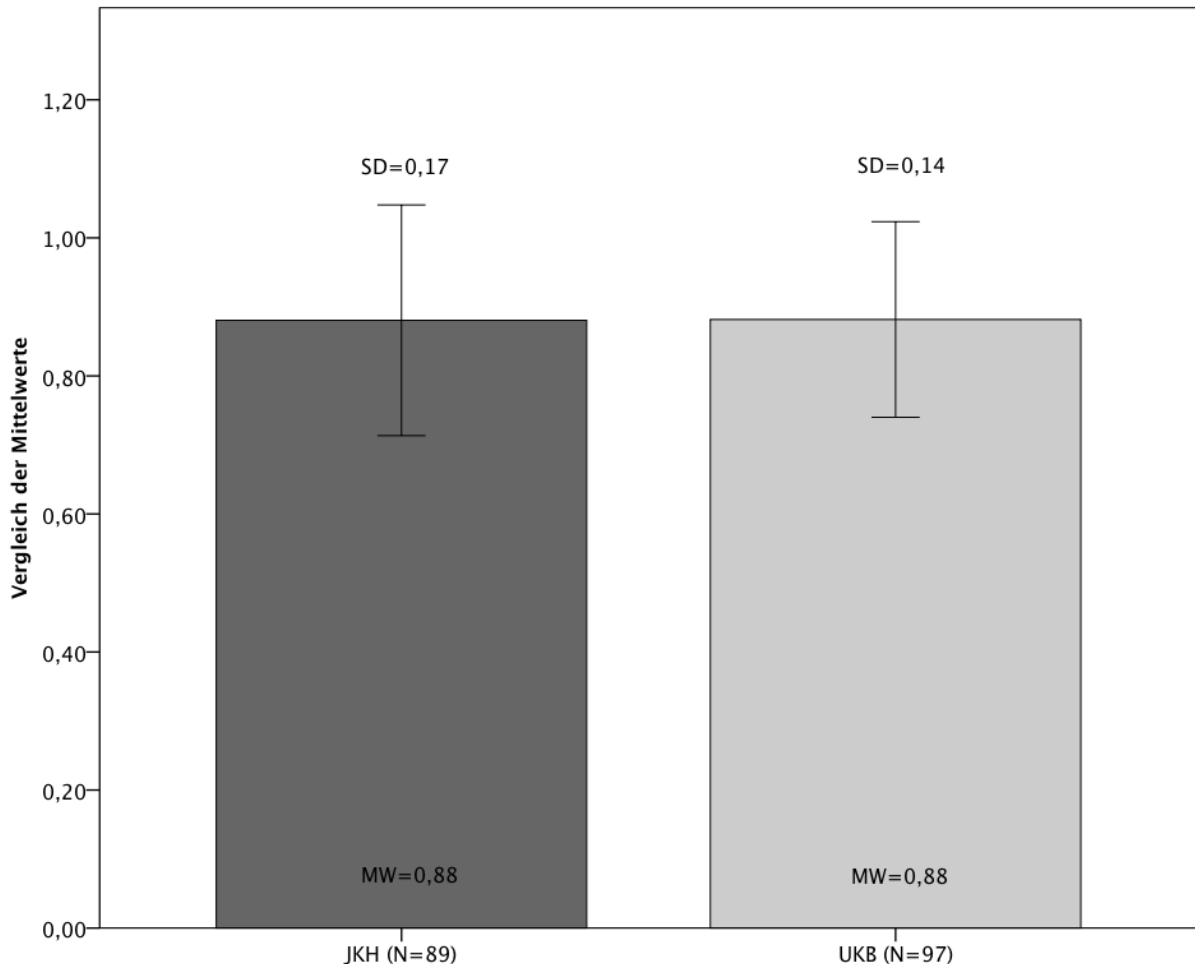


Abbildung 21: Gefühl der Eigenverantwortung für den Behandlungserfolg

Im zweiten Teil der Frage wurde danach gefragt, ob die Patienten, die ihre Tabletten nicht kannten, vor der Einnahme nachfragen würden, um welche Tabletten es sich handelt: 89 % der Patienten des JKH und 86 % der Patienten des UKB bejahten diese Frage (Abb. 22), 11 % im JKH und 14 % im UKB verneinten die Frage. Dabei machten im JKH 31 % der Befragten und im UKB 41 % keine Angaben zu der Frage. Ein signifikanter oder deutlicher Unterschied zwischen den beiden Krankenhäusern ergab sich nicht ($p=0,71$; $\chi^2=0,143$).

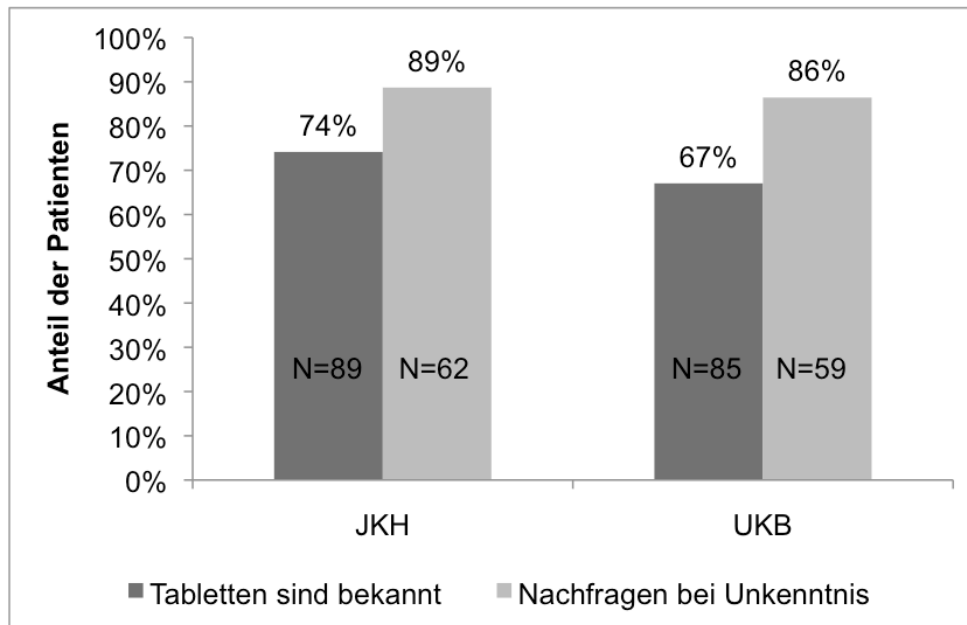


Abbildung 22: Umgang der Patienten mit verordneten Tabletten

Die Kenntnis der einzunehmenden Tabletten war den Befragten sehr wichtig (Mittelwert JKH 0,88 UKB 0,81). Es ergab sich bei der Analyse kein signifikanter oder deutlicher Unterschied zwischen beiden Krankenhäusern ($p=0,07$; $T=1,852$; vgl. Abb. 23).

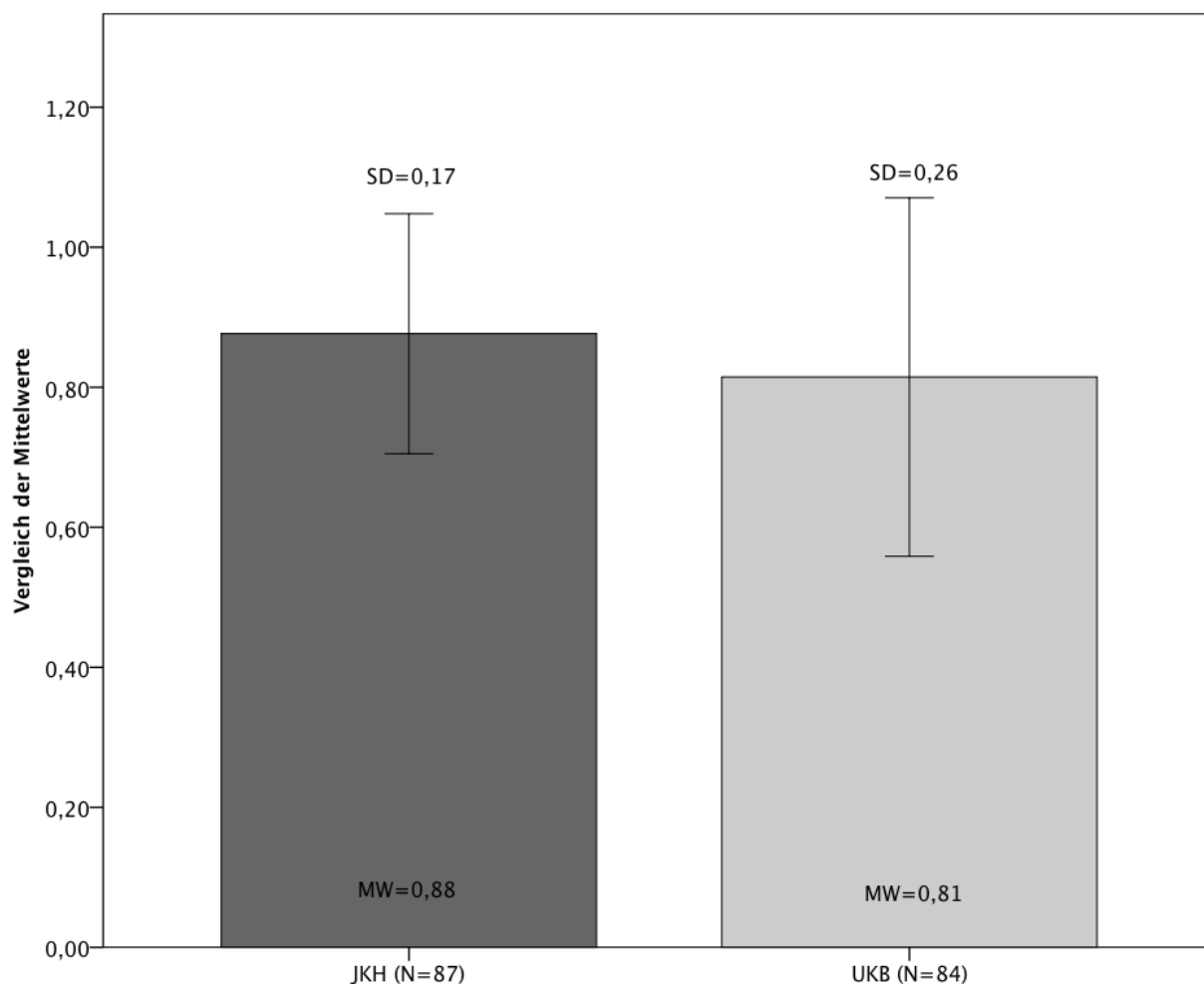


Abbildung 23: Wichtigkeit die eigenen Medikamente zu kennen

An beiden Krankenhäusern gab die Mehrheit der Patienten an, den Mut zu haben, sowohl die Ärzte als auch die Pflege auf Fehler aufmerksam zu machen (keine Angaben Ärzte JKH 2 % UKB 4 %; keine Angaben Pflege JKH 2 % UKB 3 %). Gegenüber Ärzten äußerten sich im JKH 85 % und am UKB 94 % der Befragten (Pflegepersonal 89 % JKH und 95 % UKB) bezüglich störender Dinge. Erkennbar wurde, dass am UKB mehr Patienten bereit waren, Kritik an Fehlern und Missständen zu verüben (Abb. 24). Es zeigte sich weder ein signifikanter noch ein deutlicher Unterschied bezüglich der Bereitschaft die Pflege auf störende Aspekte hinzuweisen (Pflege $p=0,19$; $\chi^2=1,697$). Ein deutlicher, nach durchgeführter Bonferroni-Korrektur jedoch nicht signifikanter Unterschied, zeigte sich bei der Bereitschaft die Ärzte auf störende Aspekte hinzuweisen (Ärzte $p=0,03$ $\chi^2=4,759$).

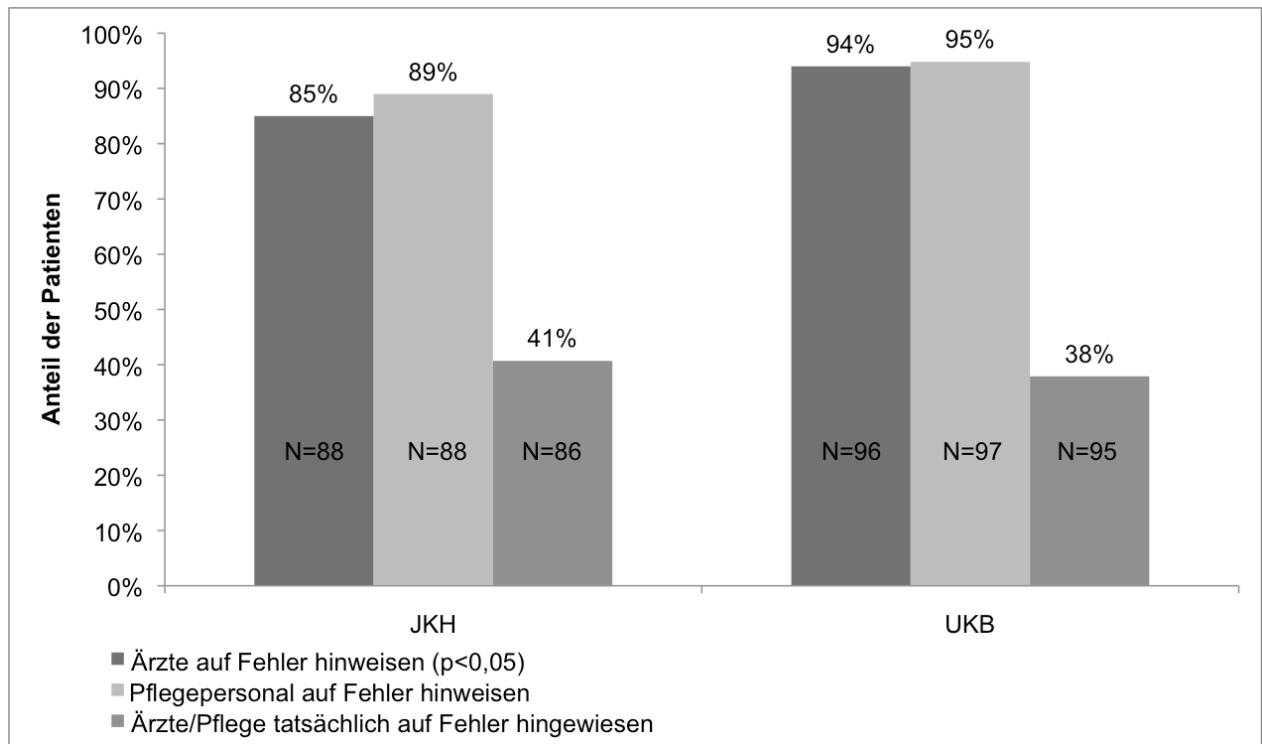


Abbildung 24: Umgang mit Fehlern des medizinischen Personals

Ein weiterer Unterpunkt war die Frage, ob Ärzten oder Pflege tatsächlich bereits auf Fehler hingewiesen worden sind. Im JKH verneinten dies 59 % und am UKB 62 %. Bejaht wurde die Frage von 41 % der Patienten am JKH und 38 % am UKB (Abb. 24). Keine Angaben machten am JKH 4 % und am UKB 5 %. Ein signifikanter oder deutlicher Unterschied zwischen den zwei Krankenhäusern ergab sich nicht ($p=0,70$; $\chi^2=0,149$). Von den Patienten, die angaben, schon einmal auf Fehler aufmerksam gemacht zu haben beschrieben am JKH 26 % und am UKB 20 % keine Fehlersituation.

Probleme mit Medikamenten standen bei den Fehlern an erster Stelle (JKH 54 % UKB 52 %). Am zweithäufigsten erforderte eine fehlerhafte Kommunikation des Krankenhauspersonals die Intervention der Patienten (JKH 38 % UKB 50 %). Als weitere Situation, die ein Eingreifen seitens der Patienten erforderlich machte, wurden Probleme mit dem Infusionszugang genannt (JKH 19 % UKB 18 %; vgl. Abb. 25).

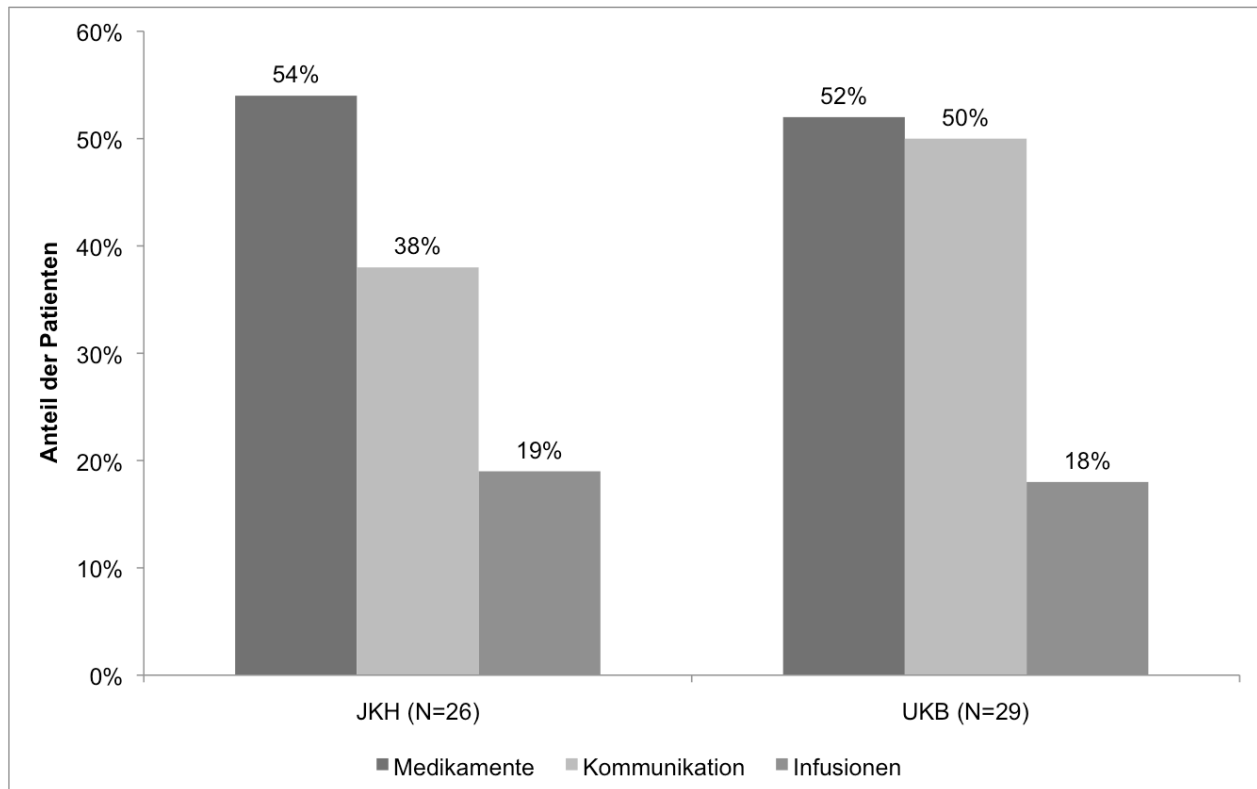


Abbildung 25: Von Patienten beobachtete Fehlersituationen

In beiden Krankenhäusern war es den Patienten sehr wichtig, zur Fehlervermeidung im Krankenhaus beizutragen. Der Mittelwert lag bei der Befragung im JKH bei 0,86 und am UKB bei 0,89. Es zeigte sich weder ein signifikanter noch ein deutlicher Unterschied ($p=0,21$; $T=-1,270$; vgl. Abb. 26).

Bei der Frage danach, ob die Patienten das Gefühl hätten, tatsächlich schon einmal zur Fehlervermeidung im Krankenhaus beigetragen zu haben, zeigte sich, dass dies relativ selten der Fall gewesen war. Der Mittelwert lag bei den Patienten des JKH bei 0,54 und bei den Patienten des UKB bei 0,61. Ein signifikanter oder deutlicher Unterschied zeigte sich nicht ($p=0,17$; $T=-1,391$; vgl. Abb. 26). Der PZI ergab am JKH einen Wert von 0,63 und am UKB wurde ein Wert von 0,69 berechnet.

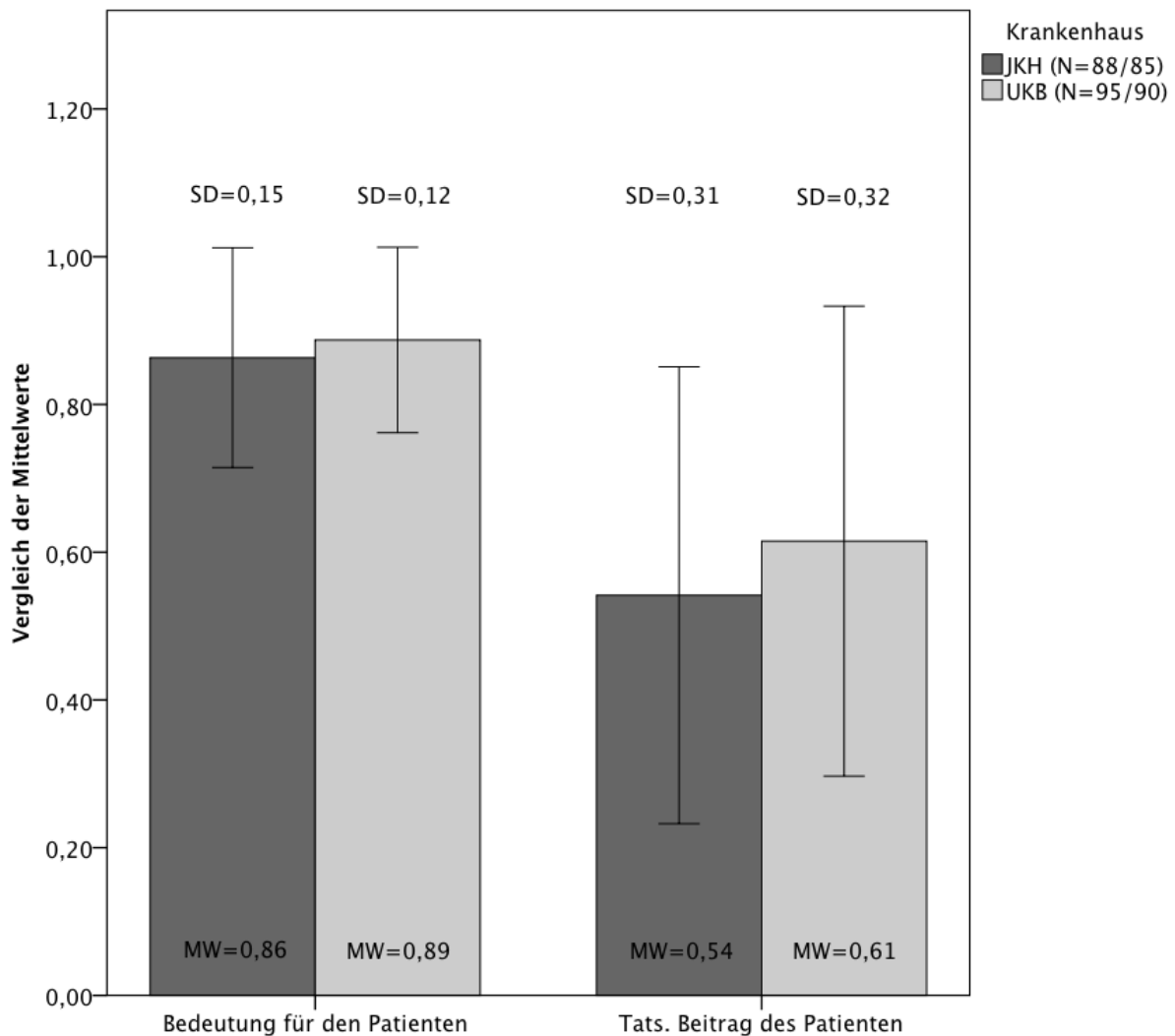


Abbildung 26: Beteiligung der Patienten bei der Vermeidung von Fehlern

Sowohl am JKH als auch am UKB war es den Patienten sehr wichtig, dass Fehler offen von den Ärzten angesprochen wurden (JKH 0,88 UKB 0,90). Ein signifikanter oder deutlicher Unterschied zwischen den Häusern ließ sich nicht feststellen ($p=0,34$; $T=-0,959$; vgl. Abb. 27).

Die Frage, ob die Ärzte Fehler tatsächlich offen angesprochen hätten, sollte nur von den Patienten beantwortet werden, bei denen es während des Krankenhausaufenthalts tatsächlich zu Fehlern gekommen war. Im JKH gaben 59 von 90 Befragten, am UKB 49 von 100 Befragten an, Fehler bemerkt zu haben.

Die Mittelwerte, welche die Zufriedenheit der Patienten mit dem offenen Fehlerumgang beschrieben, lagen im Bereich von 0,30 (JKH 0,28 UKB 0,30). Es ergaben sich daraus Patientenzufriedenheitsindices von 0,32 am JKH und 0,33 am UKB. Es war weder ein signifikanter noch ein deutlicher Unterschied zwischen den Häusern zu erkennen ($p=0,74$; $T=-0,331$; vgl. Abb. 27).

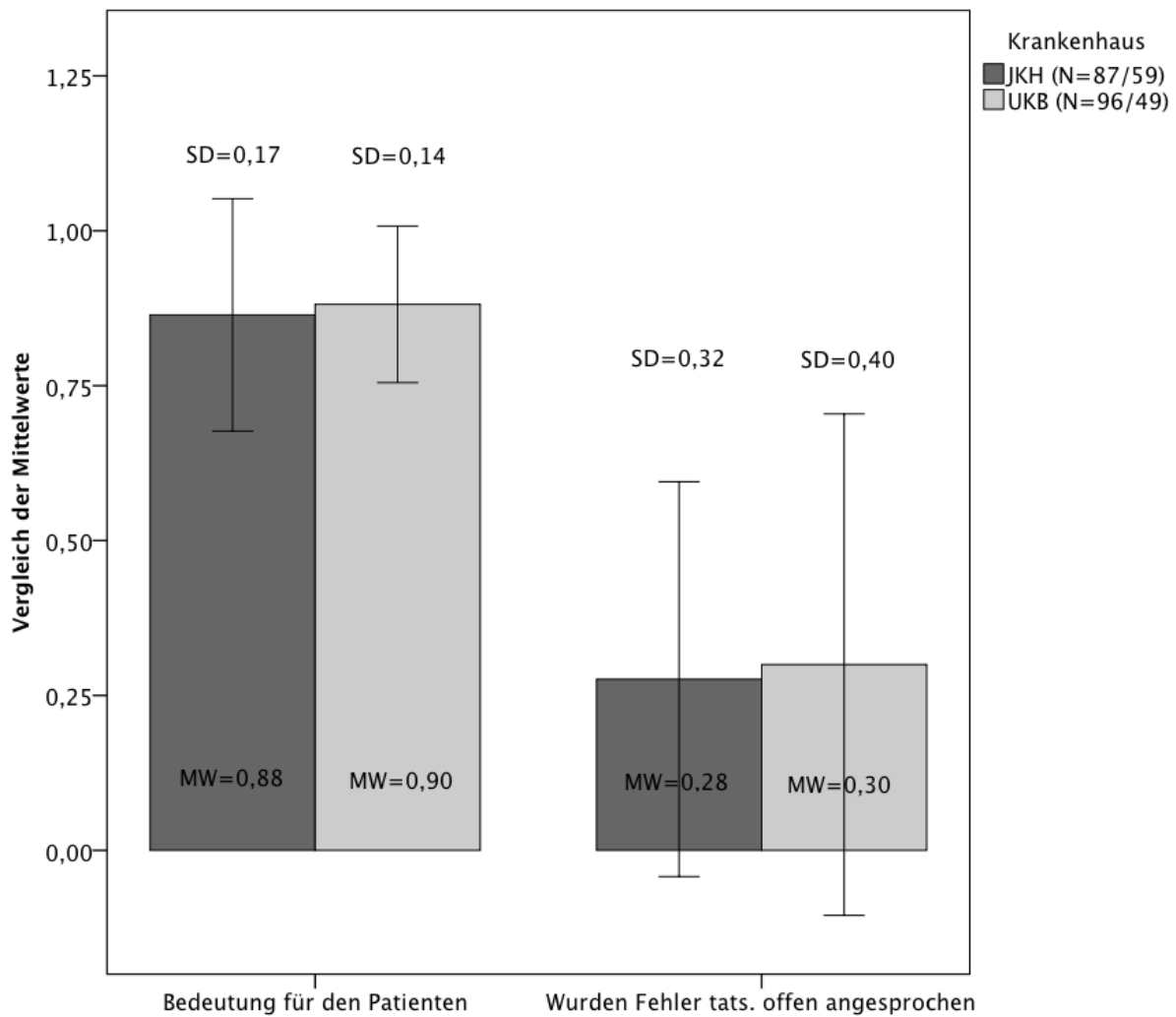


Abbildung 27: Bedeutung des offenen Umgangs mit Fehlern

3.1.6 Betreuung im Krankenhaus

Der Respekt der eigenen Privatsphäre war den Patienten beider Krankenhäuser sehr wichtig, der Mittelwert lag bei etwa 0,80 (JKH 0,78 UKB 0,82). Ihre Privatsphäre fühlten die Patienten respektiert, was die Mittelwerte im Bereich von 0,70 bis 0,80 verdeutlichen (JKH 0,79 UKB 0,73). Bei beiden Punkten ergab sich auch hier weder ein signifikanter noch ein deutlicher Unterschied zwischen den Krankenhäusern (Wichtigkeit Privatsphäre $p=0,22$ $T=-1,236$; Zufriedenheit Privatsphäre $p=0,08$ $T=1,748$; vgl. Abb. 28). Der Patientenzufriedenheitsindex im JKH ergab mit 1,01 einen sehr positiven Wert. Am UKB ergab die Berechnung einen PZI von 0,89.

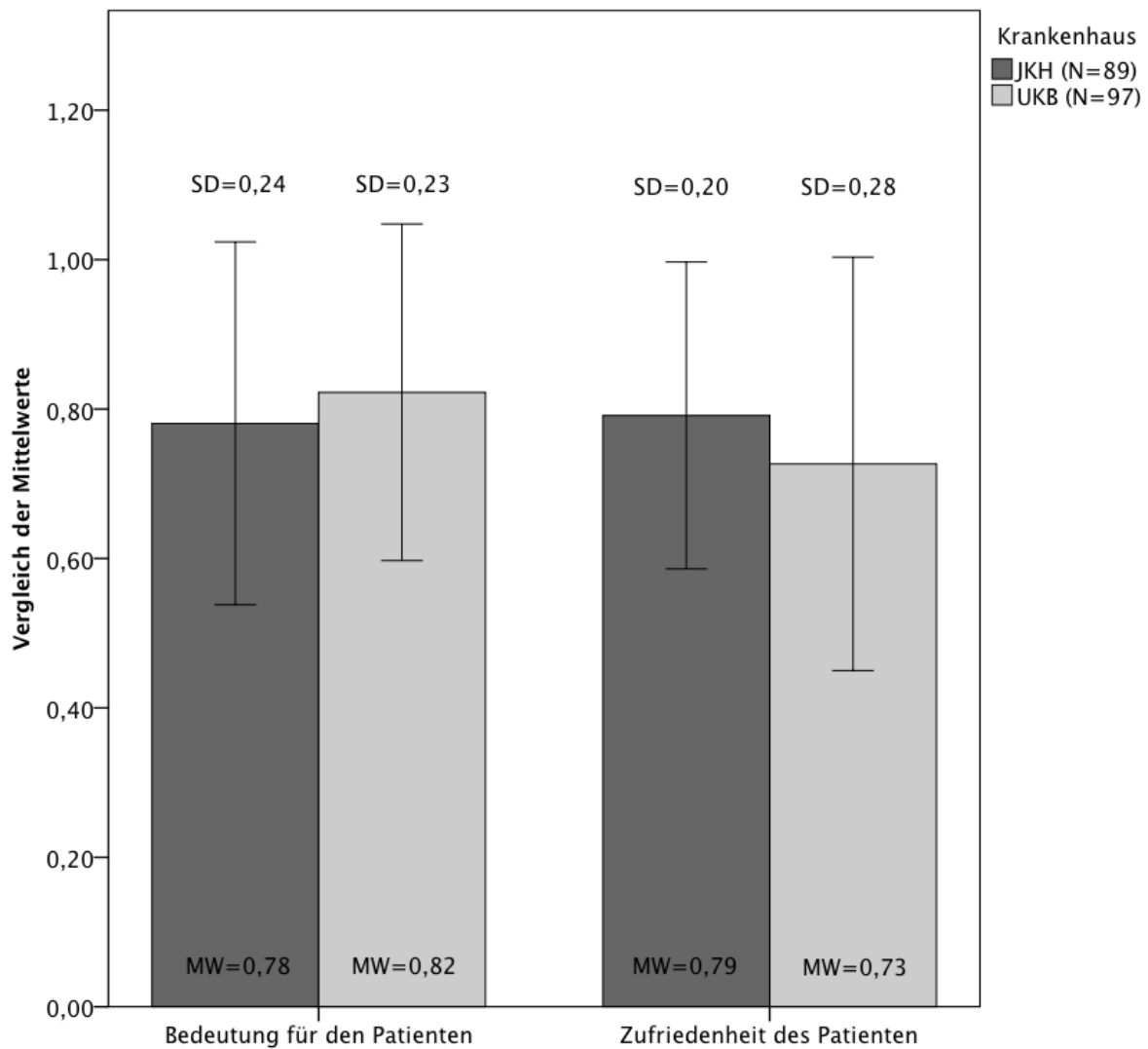


Abbildung 28: Privatsphäre an den Krankenhäusern

Zu den Bedürfnissen, die nicht erfüllt wurden, äußerten sich im JKH 30 % und am UKB 27 % der Befragten. An erster Stelle wurde von den Patienten der Wunsch nach mehr Privatsphäre genannt (JKH 33 % UKB 41 %). An zweiter Stelle stand im JKH der Wunsch nach intensiveren Arztgesprächen sowie moderneren Zimmern mit Badezimmer (30 %). Am UKB stand an zweiter Stelle der Wunsch nach besseren Unterhaltungsmöglichkeiten (37 %).

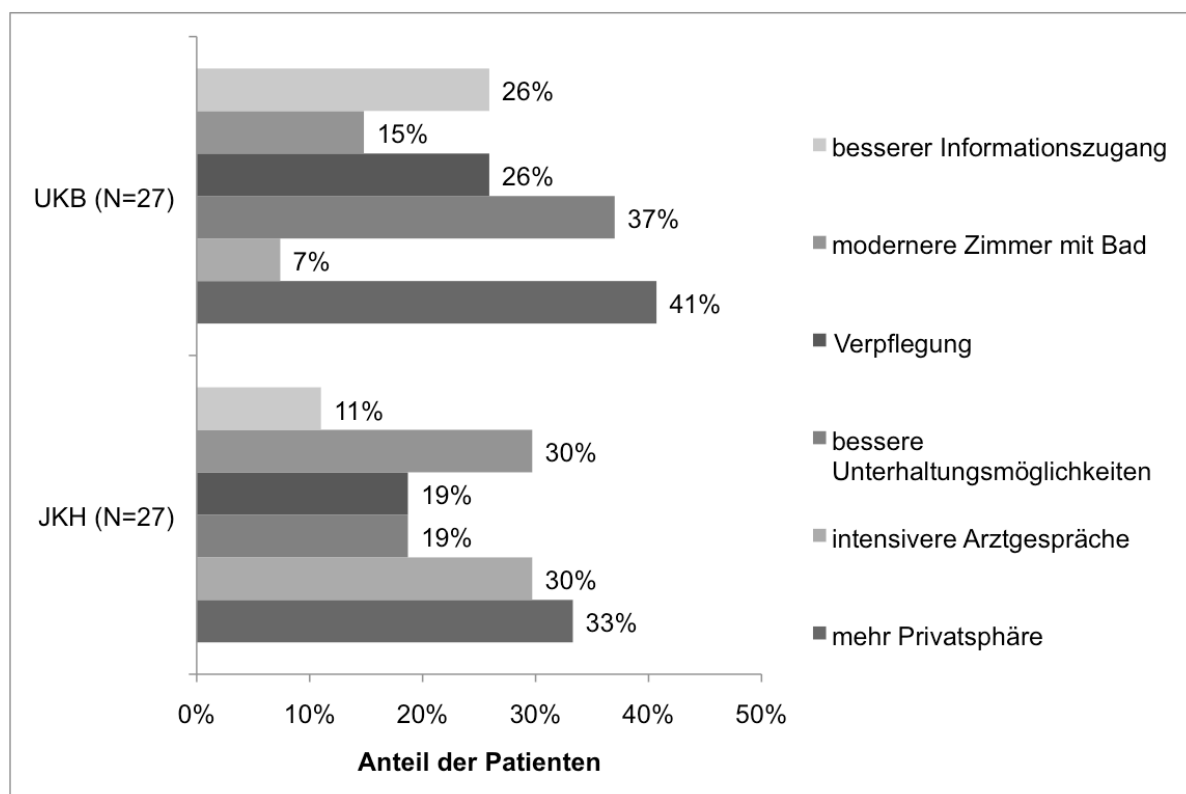


Abbildung 29: Vorschläge zur Verbesserung der Patientenzufriedenheit

An dritter Stelle stand an beiden Häusern der Wunsch nach einer Verbesserung der Verpflegung im Krankenhaus (JKH 19 % UKB 26 %). Am JKH stand an dritter Stelle zusätzlich der Wunsch nach besseren Unterhaltungsmöglichkeiten (19 %), am UKB gaben ebenfalls 26 % der Befragten an, sich einen besseren Informationszugang zu wünschen. 15 % der Befragten des UKB wünschten sich modernere Zimmer mit Bad. Ein besserer Informationszugang war der Wunsch von 11 % der Patienten des JKH. 11 % der UKB-Patienten wünschten sich eine Verkürzung der Wartezeiten. 7 % der Patienten des UKB gaben an, sich eine Cafeteria in der Nähe zu wünschen und ebenso viele Patienten wünschten sich intensiverer Arztgespräche (Abb. 29). An letzter Stelle der Liste der unerfüllten Bedürfnisse fand sich sowohl im JKH, als auch am UKB der Wunsch nach einer Reduktion des Altersunterschieds auf den Zimmern (4 %).

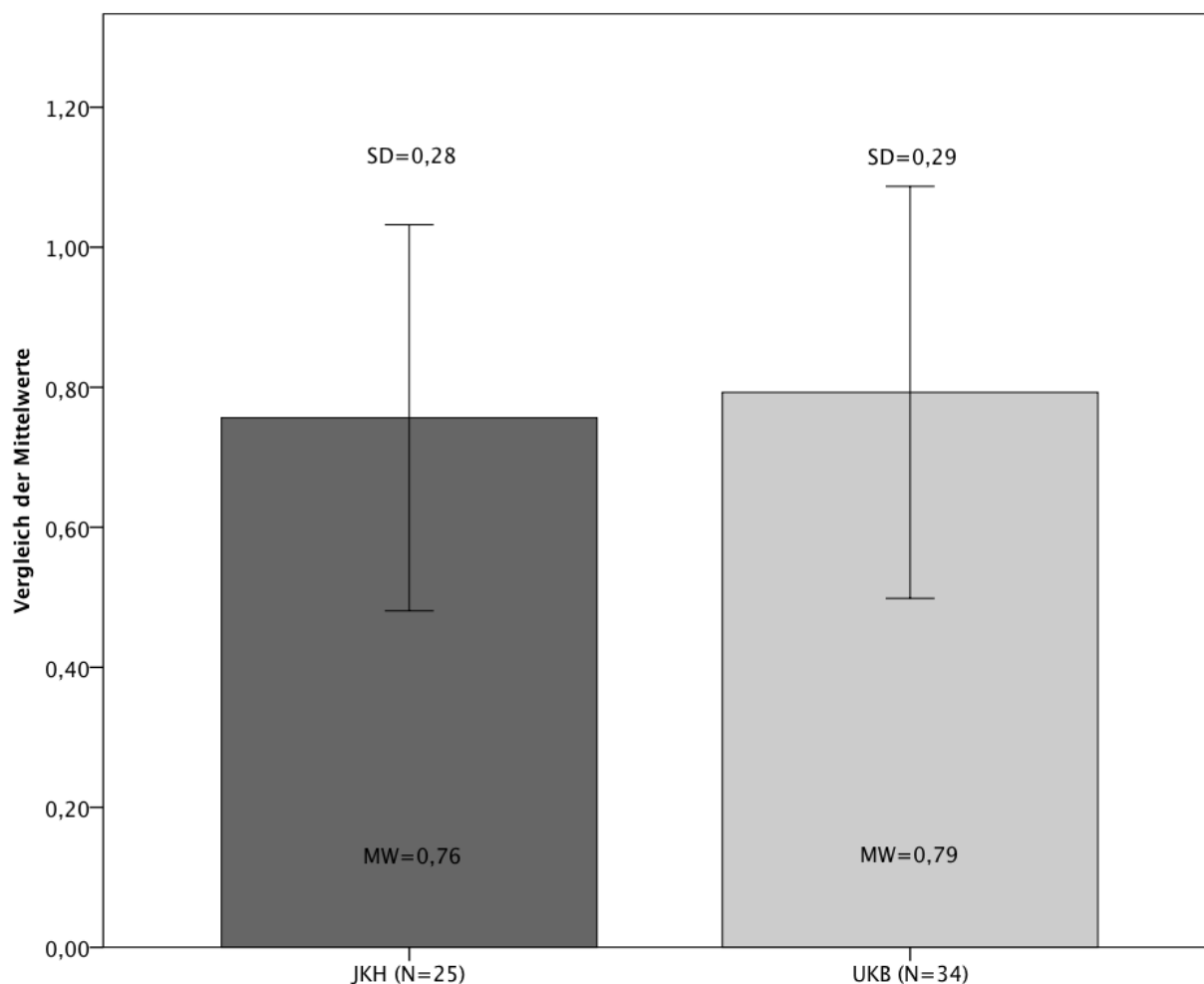


Abbildung 30: Bedeutung unerfüllter Bedürfnisse für die Patienten

Bei der Frage, welche Bedeutung die nicht erfüllten Bedürfnisse für die Patienten haben, zeigte sich, dass zwar wenige Patienten unerfüllte Bedürfnisse angaben, diese dann allerdings wichtig für die Patienten waren. So lag der Mittelwert der Wichtigkeit der unerfüllten Bedürfnisse im JKH bei 0,76 und in der Uniklinik mit 0,79 noch höher. Ein signifikanter oder deutlicher Unterschied war nicht ersichtlich ($p=0,63$; $T=-0,485$; vgl. Abb. 30).

Frage 17 befasste sich mit dem Thema der Patientenbetreuung in den verschiedenen Bereichen des Krankenhauses. Es wurde die Betreuung auf der Station, im OP Bereich sowie den anderen Bereichen (Röntgenabteilung, EKG, Ultraschall, Transport) abgefragt.

Die Patienten fühlten sich sowohl im UKB als auch im JKH sehr gut versorgt. Bezüglich der stationären Betreuung ergab die Umfrage am JKH etwas bessere Mittelwerte (JKH 0,87 UKB 0,85), im Operationsbereich lag hingegen das UKB bei der Bewertung etwas weiter vorn (UKB 0,91 JKH 0,89). Die anderen Bereiche betreffend, wurde das JKH erneut besser bewertet (JKH 0,88

UKB 0,80). Die Betreuung auf Stationsowie im OP Bereich zeigte weder einen signifikanten noch einen deutlichen Unterschied zwischen den Krankenhäusern (Station $p=0,59$ $T=0,541$; OP $p=0,31$ $T=-1,021$; vgl. Abb. 31).

Bei der Analyse der Betreuungsunterschiede in den anderen Bereichen ergab sich ein deutlicher, nach Bonferroni-Korrektur jedoch nicht signifikanter Unterschied zwischen den Krankenhäusern ($p=0,007$; $T=2,727$; vgl. Abb. 31).

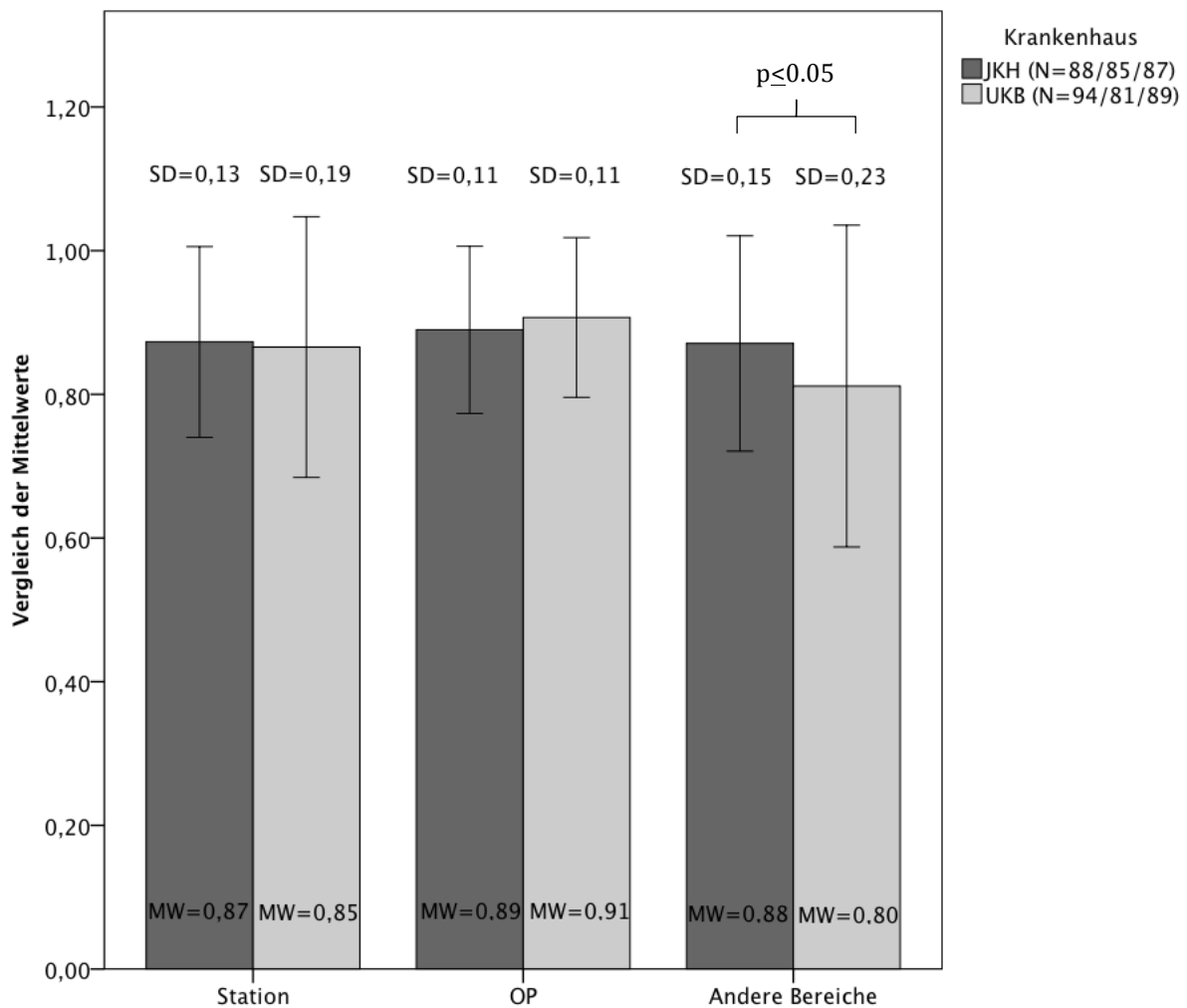


Abbildung 31: Zufriedenheit mit der Betreuung in unterschiedlichen Bereichen

Anschließend wurde untersucht, welche Aspekte ausschlaggebend für eine gute oder schlechte Betreuung waren. Zu den Gründen für gute Betreuung äußerten sich am UKB 43 % der Befragten und im JKH 57 % der Patienten. Entscheidend waren professionelle Mitarbeiter im Krankenhaus, die sich intensiv um den Patienten kümmern und auf den einzelnen Menschen eingehen können. Eine wichtige Rolle spielte für die Patienten dabei auch die Atmosphäre, die sie wahrnehmen

konnten. So fielen den Patienten Freundlichkeit, Sauberkeit und Hilfsbereitschaft unter dem Personal positiv auf. Weiterhin war es wichtig, die Patienten gut und ausreichend aufzuklären, damit die Vorgänge verstanden wurden und es nicht zu einem Gefühl der Überforderung bei den Patienten kam. Ebenfalls führte ein gutes Operationsergebnis zu dem Gefühl der guten Betreuung.

Zu Gründen für eine schlechte Betreuung machten im JKH 6 % und am UKB 7 % der Befragten Angaben. Hierbei wurden lange Wartezeiten mit schlechter Organisation, Unfreundlichkeit und wechselnde Ärzte als Gründe für eine schlechte Betreuung genannt.

Frage 18 betrachtete die Sorge vor Behandlungsrisiken. Am JKH beantworteten 99 %, am UKB 93 % der Patienten diese Frage. Am JKH gaben 24 % der Patienten an, keine Sorge vor Behandlungsrisiken zu haben, am UKB waren es 25 % (Abb. 32). Ein signifikanter oder deutlicher Unterschied bezüglich vorhandener Sorge und nicht vorhandener Sorge ließ sich zwischen den Krankenhäusern nicht erkennen ($p=0,86$; $\chi^2=0,032$).

Die größte Angst hatten die Patienten an beiden Krankenhäusern vor Infektionen (JKH 55 % UKB 46 %), die zweitgrößte Angst bereiteten den Patienten eventuell folgenden Schmerzen (JKH 40 % UKB 38 %). An dritter Stelle stand ebenfalls an beiden Krankenhäusern die Angst vor Wundheilungsstörungen (JKH 36 % UKB 32 %) sowie am UKB die Sorge vor Narkoseproblemen (32 %). Als vierter Punkt folgte im JKH die Angst vor Blutungen (32 %), am UKB stand hier die Angst vor einem fehlerhaften Ablauf der Behandlung (30 %). Die Angst vor Fehlern bei der Behandlung sowie die Angst vor Narkoseproblemen stand bei der Befragung im JKH an fünfter Stelle (30 %).

An fünfter Stelle der Rangliste des UKB ergab sich die Angst vor Blutungen (25 %). 26 % der Patienten des JKH gaben an, Angst vor Thrombosen zu haben, am UKB äußerten 23 % der Befragten diese Angst (Abb. 32). Die Frage bot den Patienten noch Platz für weitere Angaben. Sowohl am JKH als auch am UKB gaben die Patienten an, Angst vor OP-Komplikationen und Folgeproblemen nach der Operation zu haben (Folgeprobleme JKH 1 % UKB 3 %; OP-Komplikation JKH 1 % UKB 2 %). Am UKB wurden noch die Angst vor dem Tod sowie die Angst vor der MRT-Untersuchung aufgrund von Klaustrophobie angeführt (jeweils 1 %).

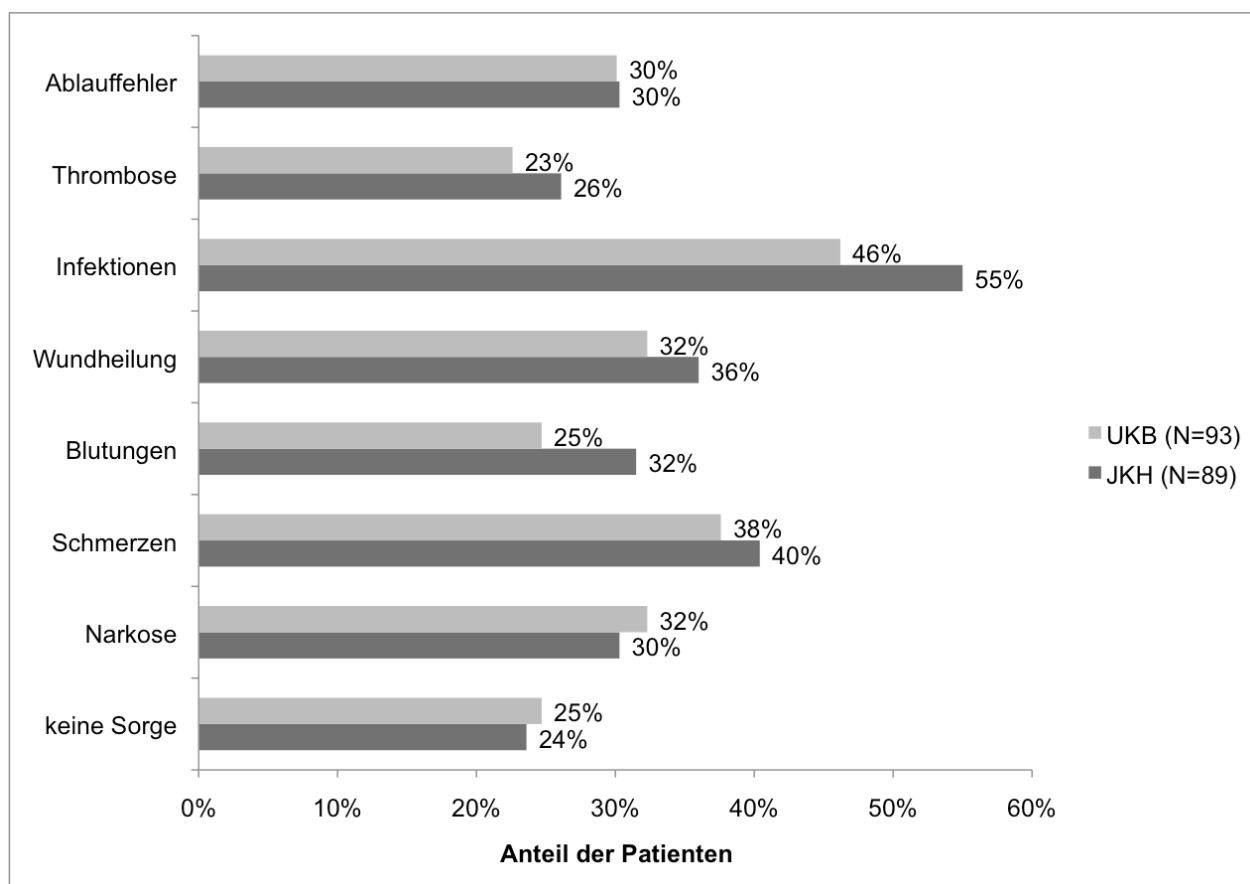


Abbildung 32: Angstausslösende Aspekte während der Behandlung

In Frage 19 sollten die Patienten markieren, ob es zu einer Veränderung ihrer Sorgen während des Aufenthalts im Krankenhaus gekommen war oder ob diese gleich geblieben waren. 14 % der Patienten des JKH sowie 19 % der UKB-Patienten äußerten sich nicht zu der Frage. Die meisten Patienten gaben keine Veränderung ihrer Sorgen während des Aufenthaltes an (JKH 56 % UKB 60 %). Ein großer Teil der Befragten beschrieb eine Abnahme von Sorgen und Ängsten im Krankenhaus. Im JKH waren es 39 % der Patienten und damit mehr als am UKB (30 %). Gleichzeitig gaben mit 10 % fast doppelt so viele Patienten des UKB eine Zunahme der Ängste an (JKH 5 %; vgl. Abb. 33).

Bezüglich der Änderung der Sorgen während des Krankenhausaufenthalts (Abnahme / Zunahme) zeigte sich bei der Analyse mittels Chi-Quadrat-Test weder ein signifikanter noch ein deutlicher Unterschied zwischen den beiden Krankenhäusern ($p=0,55$; $\chi^2=0,351$). Bei der genaueren Untersuchung der einzelnen Unterpunkte zeigte sich, dass sich die Krankenhäuser weder die Sorgenzunahme betreffend ($p=0,27$; $\chi^2=1,233$) noch die Sorgenabnahme betreffend ($p=0,22$; $\chi^2=1,528$) signifikant oder deutlich unterscheiden.

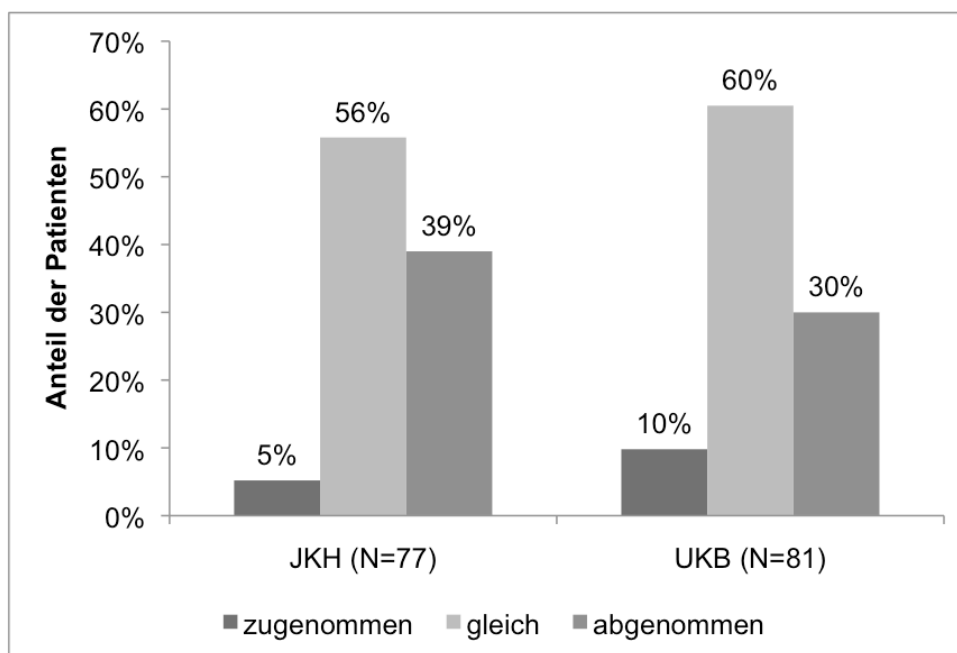


Abbildung 33: Veränderung der Sorge der Patienten während des Aufenthalts

Die Patienten, die eine Änderung ihrer Ängste angegeben hatten, wurden im weiteren Verlauf der Frage gebeten zu notieren, was die Gründe für eine Veränderung des Empfindens waren. 70 % der Patienten des JKH und 46 % der Patienten des UKB, die eine Sorgenabnahme angekreuzt hatten gaben Gründe dafür an: An erster Stelle stand an beiden Häusern die gute Versorgung (JKH 48 % UKB 64 %). Auf Platz zwei stand am JKH die Besserung des Gesundheitszustands sowie ein gutes Behandlungsergebnis (43 %) am UKB gaben die Patienten eine gute Betreuung und ein Sicherheitsgefühl durch gute Information an (36 %). Dieser Grund stand am JKH an dritter Stelle (29 %). Am UKB wurde an dritter Stelle die Besserung des Gesundheitszustands genannt (27 %). Als letzten Punkt gaben die Patienten beider Krankenhäuser an, sich an den Aufenthalt gewöhnt zu haben und dadurch weniger Sorgen zu haben (JKH 14 % UKB 18 %; vgl. Abb. 34).

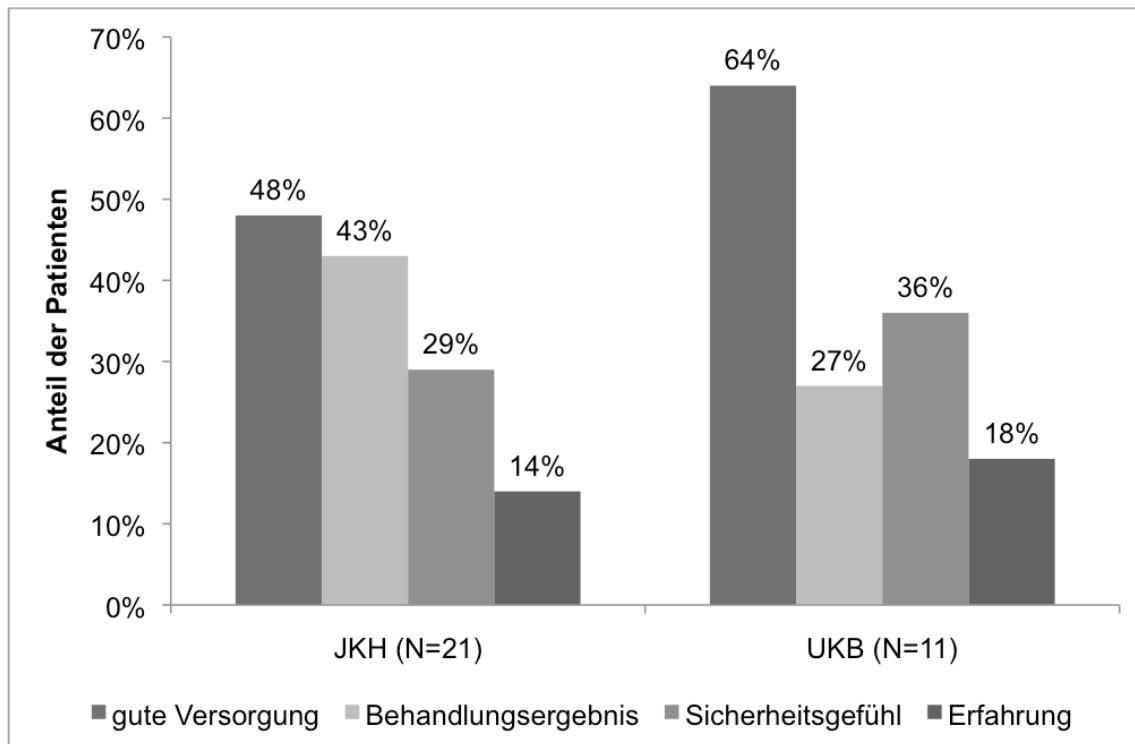


Abbildung 34: Gründe für die Verringerung der Sorge

Am JKH äußerten sich alle Patienten, die eine Sorgenzunahme markiert hatten zu den ausschlaggebenden Gründen. 75 % der Patienten führten Heilungsprobleme als Grund für eine Sorgenzunahme an. 25 % gaben an, dass ihre Sorgen durch die unzureichende Offenheit zugenommen hätten. Am UKB gaben 63 % der Patienten mit Sorgenzunahme Gründe an. 40 % der Patienten nannten sowohl eine unzureichende Offenheit als auch zu wenig Arztgesprächen als Grund. 20 % bemängelten Heilungsprobleme und eine neu aufgetretene Angst vor Komplikationen (vgl. Abb. 35).

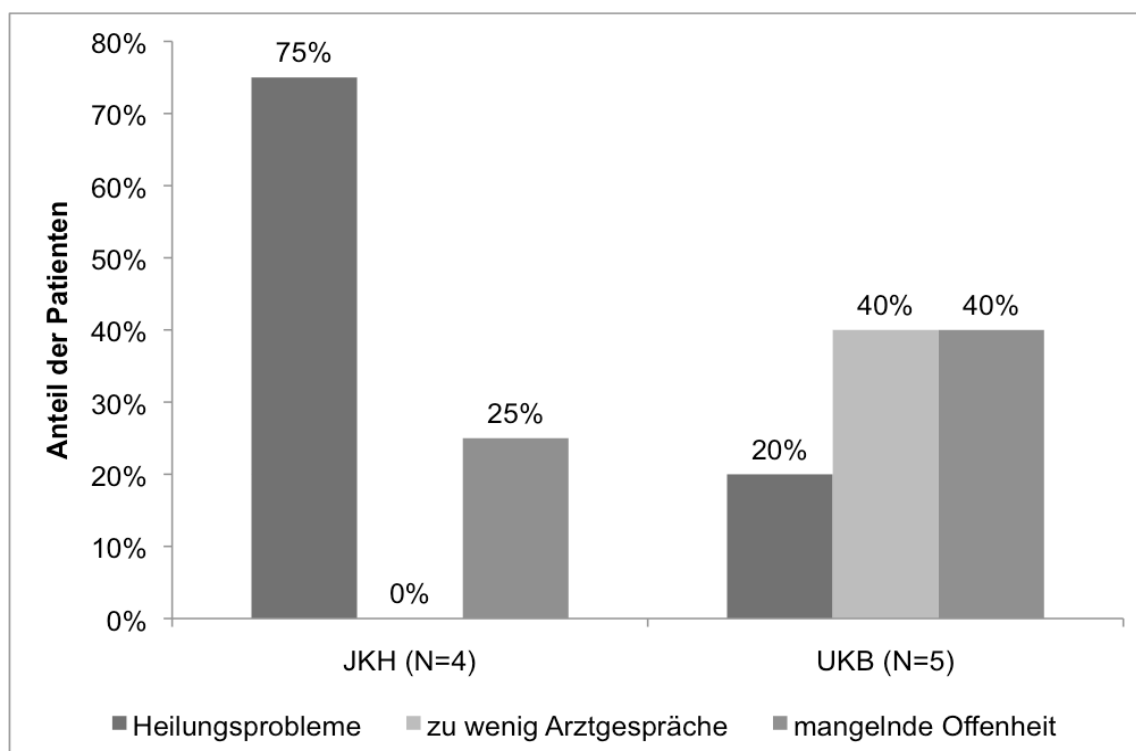


Abbildung 35: Gründe für die Vergrößerung der Sorge

Mit Frage 20 sollte analysiert werden, welche Bedeutung Aspekte wie menschliche Zuwendung, medizinische Versorgung, Verpflegung sowie Unterhaltung und Ablenkung für die Patienten haben, beziehungsweise wie zufrieden die Patienten der beiden Krankenhäuser damit sind.

Die höchste Priorität hatte an beiden Häusern die medizinische Versorgung (JKH 0,92 UKB 0,93). Ein signifikanter oder deutlicher Unterschied war nicht ersichtlich ($p=0,51$; $T=-0,661$). Ebenfalls sehr wichtig war den Patienten die menschliche Zuwendung (JKH 0,88 UKB 0,86). Auch hier zeigte sich weder ein signifikanter noch ein deutlicher Unterschied zwischen den Krankenhäusern ($p=0,28$; $T=1,091$; vgl. Abb 36).

Auf die Verpflegung wurde weniger Wert gelegt, dennoch ergaben sich auch hier hohe Mittelwerte (JKH 0,74 UKB 0,77). Zwischen beiden Krankenhäusern gab es auch bezüglich dieses Punktes keinen signifikanten oder deutlichen Unterschied ($p=0,47$; $T=-0,719$; vgl. Abb. 37).

Der Aspekt der Unterhaltung und Ablenkung während es Krankenhausaufenthalts war den Patienten am wenigsten wichtig (JKH 0,59 UKB 0,63). Ein signifikanter oder deutlicher Unterschied zeigte sich auch hier nicht ($p=0,40$; $T=0,837$; vgl. Abb. 37).

Der zweite Teil der Frage analysierte, wie zufrieden die Patienten mit den einzelnen Punkten sind. Die medizinische Versorgung betreffend lagen die Mittelwerte der Zufriedenheit sehr hoch

(JKH 0,87 UKB 0,86), jedoch niedriger als die Mittelwerte der Wichtigkeit. Weder ein signifikanter noch ein deutlicher Unterschied zwischen den Häusern waren erkennbar ($p=0,61$; $T=0,507$; vgl. Abb. 36).

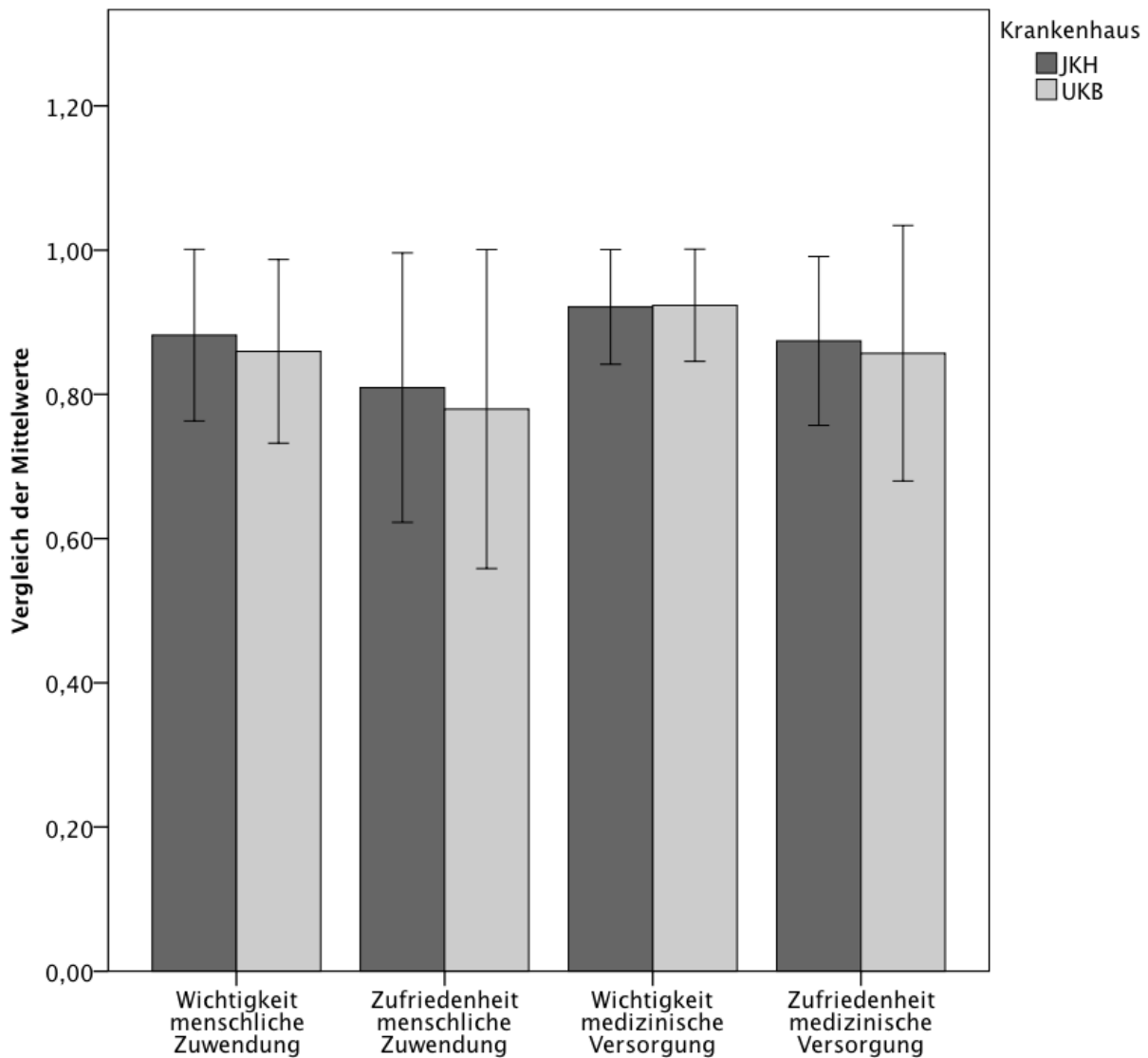


Abbildung 36: Aspekte der Patientenzufriedenheit und deren Bedeutung und Erfüllung

Auch bezüglich der Zufriedenheit mit der menschlichen Zuwendung ergaben sich positive Ergebnisse (Mittelwert JKH 0,81 UKB 0,79) ohne signifikante oder deutliche Differenz ($p=0,43$; $T=0,797$; vgl. Abb. 36). Was die Verpflegung betraf waren die Mittelwerte der Zufriedenheit etwas weniger hoch, aber besonders im JKH durchaus noch im oberen Bereich zu verzeichnen (JKH 0,76 UKB 0,66). Hier zeigte sich ein deutlicher, durch die Bonferroni-Korrektur jedoch kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Krankenhäusern ($p=0,023$; $T=2,287$; vgl. Abb. 37). Bezüglich der Unterhaltung und Ablenkung im Krankenhaus ergaben sich die niedrigs-

ten Zufriedenheitswerte (JKH 0,74 UKB 0,64) mit einem besonders deutlichen, jedoch auch hier durch die Bonferroni-Korrektur nicht signifikanten Unterschied zwischen UKB und JKH ($p=0,01$; $T=2,501$; vgl. Abb. 37).

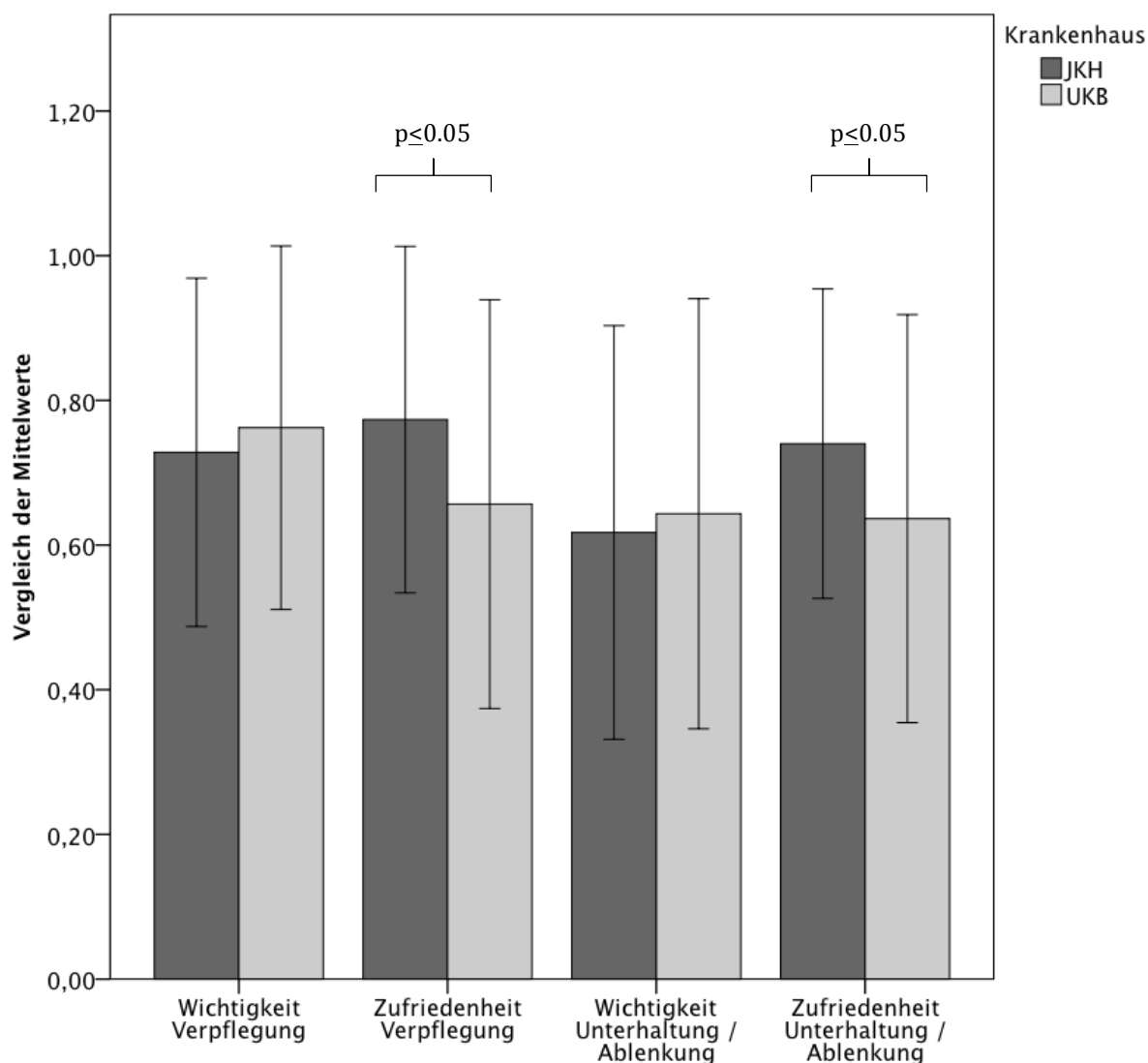


Abbildung 37: Aspekte der Patientenzufriedenheit und deren Bedeutung und Erfüllung

Die Patientenzufriedenheitsindices der medizinischen Versorgung sowie der menschlichen Zuwendung waren sowohl im JKH wie auch UKB nahezu identisch und lagen im Bereich von 0,90 (Medizinische Versorgung JKH 0,95 UKB 0,93; Menschliche Zuwendung JKH und UKB 0,92). Im JKH ergab die Berechnung zum Patientenzufriedenheitsindex der Pflege einen Wert über 1 (1,03). Am UKB ergab die Berechnung einen Wert von 0,86. Auch der PZI-Wert der Unterhaltung lag am JKH, wie auch am UKB über 1 (JKH 1,25 UKB 1,02).

Die Gründe, warum sich die Patienten für das gewählte Krankenhaus entschieden haben, wurden in Frage 21 abgefragt. Es war möglich mehrere Gründe anzugeben. Am JKH beantworteten 96 % der Patienten diese Frage, am UKB 87 % der Patienten. An erster Stelle stand hier an beiden Häusern die Überweisung durch den Hausarzt (JKH 53 % UKB 49 %). Weiterhin waren am JKH der gute Ruf der Fachabteilung (52 %) sowie die Empfehlung durch Bekannte, Freunde oder Familie ausschlaggebend (48 %). Am UKB folgten diese Gründe in umgekehrter Reihenfolge, so gaben 36 % die Empfehlung durch Bekannte, Freunde und Familie an. Als dritthäufigster Grund der Krankenhauswahl wurde von 34 % der Befragten am UKB der gute Ruf der behandelnden Abteilung genannt.

	N	MW	SD	T
Wichtigkeit Verpflegung				-0,719
<i>JKH</i>	89	0,74	0,24	
<i>UKB</i>	96	0,77	0,24	
Zufriedenheit Verpflegung				2,287
<i>JKH</i>	90	0,76	0,26	
<i>UKB</i>	90	0,66	0,29	
Wichtigkeit Unterhaltung/Ablenkung				-0,837
<i>JKH</i>	85	0,59	0,30	
<i>UKB</i>	92	0,63	0,31	
Zufriedenheit Unterhaltung/Ablenkung				2,501
<i>JKH</i>	83	0,74	0,23	
<i>UKB</i>	80	0,64	0,28	
Wichtigkeit menschl. Zuwendung				1,091
<i>JKH</i>	90	0,88	0,12	
<i>UKB</i>	93	0,86	0,13	
Zufriedenheit menschl. Zuwendung				0,797
<i>JKH</i>	89	0,81	0,19	
<i>UKB</i>	90	0,79	0,22	
Wichtigkeit med. Versorgung				-0,661
<i>JKH</i>	90	0,92	0,08	
<i>UKB</i>	96	0,93	0,08	
Zufriedenheit med. Versorgung				0,507
<i>JKH</i>	90	0,87	0,12	
<i>UKB</i>	91	0,86	0,18	

Abbildung 38: Statistiken zu Abbildungen 36 und 37

An vierter Stelle stand im JKH der Umstand, sich wegen der komplizierten Behandlung des Patienten genau für dieses Krankenhaus entscheiden zu haben (9 %). 7 % der Patienten gaben an, dass die technische Ausstattung des JKH einer der Gründe ihrer Wahl war. Am UKB stand auf dem vierten Rang (28 % der Befragten) die technische Ausstattung und auf dem fünften Rang die notwendige komplizierte Behandlung (20 %; vgl. Abb 39).

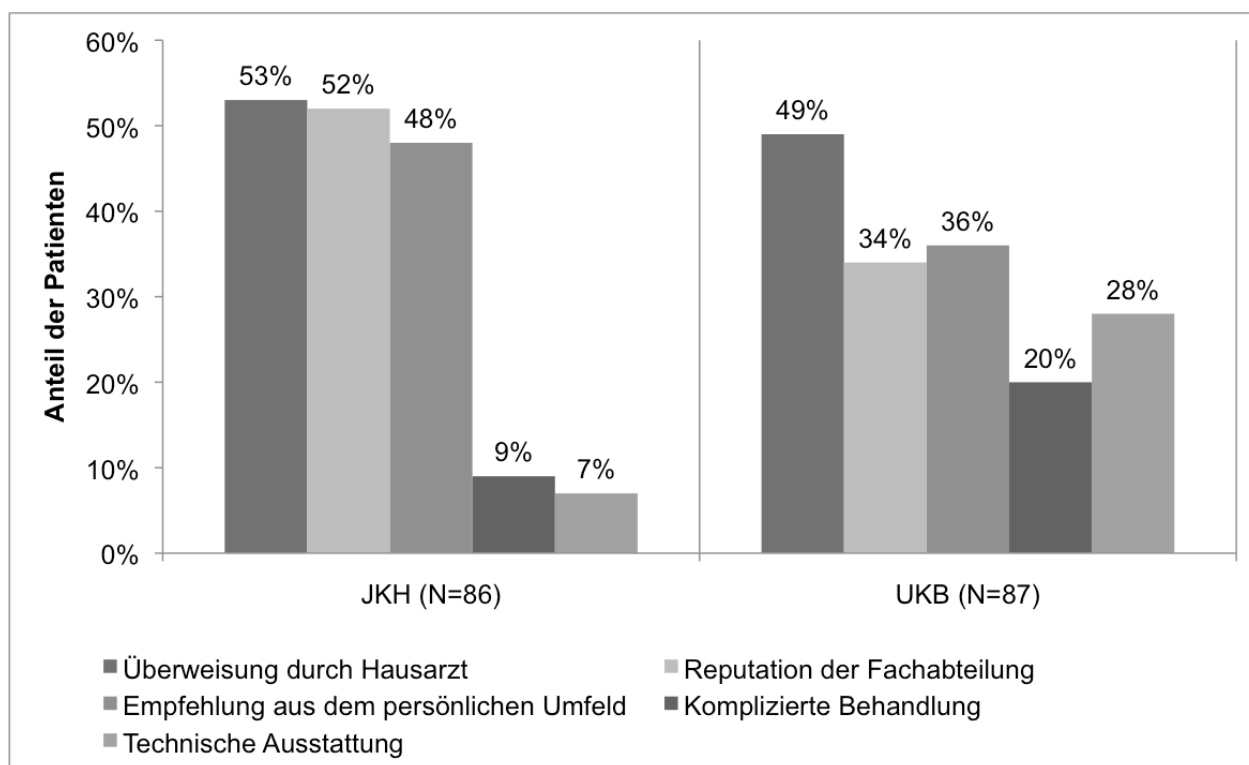


Abbildung 39: Gründe für die Auswahl des Krankenhauses

Weiterhin interessierte nun, welche der genannten Gründe, tatsächlich ausschlaggebend und somit besonders wichtig für die Krankenhauswahl waren. Dazu äußerten sich im JKH 56 % und am UKB 52 % der Befragten. Die Befragten sollten die für sie persönlich wichtigsten Gründe notieren: 48 % der JKH-Patienten und 44 % der UKB-Patienten gaben die Fachkompetenz als wichtigsten Grund an. Der zweitwichtigste Grund waren am JKH gute Erfahrungen mit dem Krankenhaus (24 %). Am UKB wurde die Überweisung durch den Facharzt am zweithäufigsten (19 %) und gute Erfahrungen mit dem Krankenhaus am dritthäufigsten genannt (17 %). Am JKH wurde als drittwichtigster Grund die Empfehlung durch Bekannte/Familie und Freunde genannt (18 %). An vierter Stelle stand die Nähe des JKH zu dem jeweiligen Wohnort des Patienten (12 %). Am UKB stand an Platz vier die Empfehlung durch Bekannte, Familie und Freunde (14 %). Die Überweisung durch den Facharzt stand in der Kategorie „wichtigster Grund sich am JKH behandeln zu lassen“ an fünfter Stelle (10 %).

Persönliche Kontakte zu Mitarbeitern des UKB markierten, zusammen mit guter technischer Ausstattung am UKB, der Nähe zum Wohnort sowie der Tatsache, dass der Patient durch den Rettungswagen ins UKB eingeliefert wurde den fünfte Platz (8 %; vgl. Abb. 40). 6 % der Patienten des JKH beschrieben, keinen Einfluss auf die Krankenhauswahl genommen zu haben, da sie

durch den Rettungswagen gebracht wurden. 4 % gaben persönliche Kontakte zu Mitarbeitern des Krankenhauses und 2 % der Patienten die technische Ausstattung als wichtigste Gründe für die Wahl des JKH an.

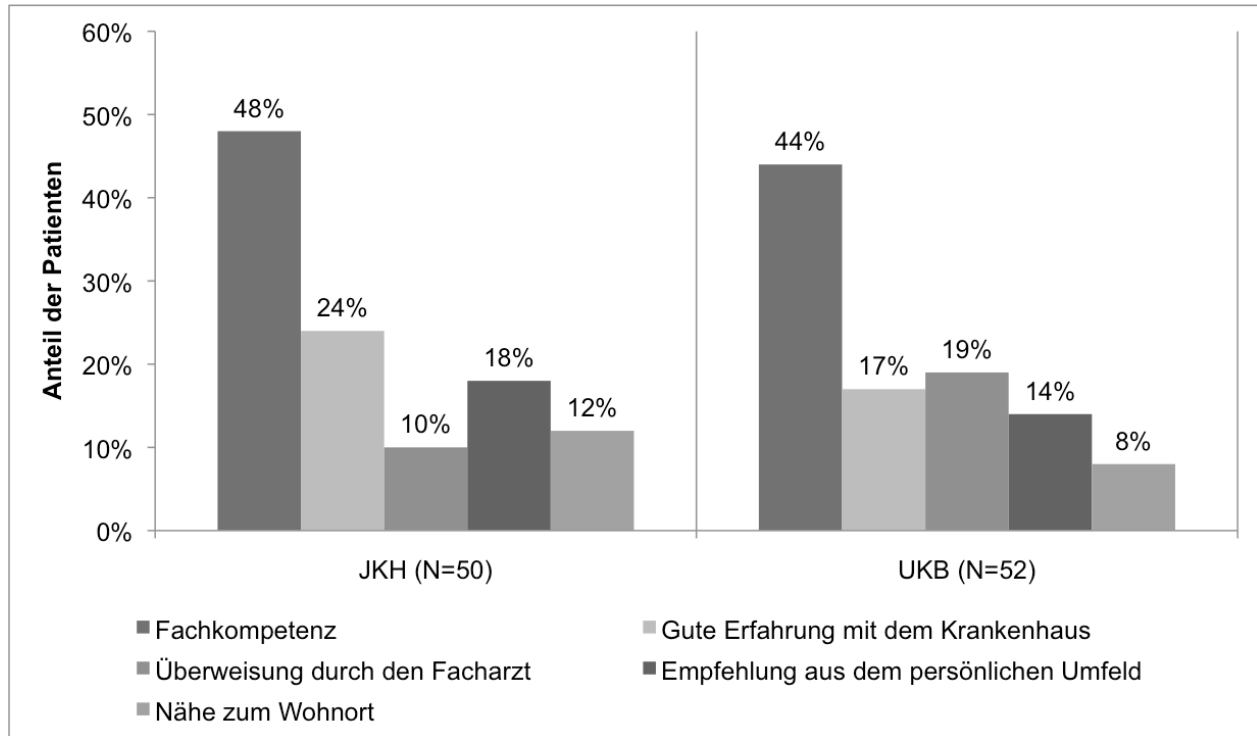


Abbildung 40: Ausschlaggebende Gründe für die Krankenhauswahl

3.1.7 Verbesserungsvorschläge der Patienten

Auf der letzten Seite des Fragebogens wurden die Patienten gebeten, die offene Frage 22 zu beantworten und Verbesserungsvorschläge zum zeitlichen Ablauf, zu der medizinischen Versorgung, zu den zwischenmenschlichen Beziehungen (Kommunikation, Autorität) und zu den Sicherheitsaspekten im Krankenhaus zu machen.

Wie bei vielen der offen gestellten Fragen des Bogens, machten nur wenige Befragte Angaben zu den Punkten. Im JKH äußerten sich 12 % der Patienten bezüglich des zeitlichen Ablaufs, am UKB machten 18 % Angaben. Aus Sicht der Patienten würde es helfen, dass sich das Personal besser untereinander abspricht, um die langen Wartezeiten zu verkürzen. Als weiteren Punkt führten die Patienten die zum Teil sehr langen Wege an, die innerhalb des Krankenhausgeländes zurückzulegen waren.

Sowohl 9 % der JKH-Patienten als auch 9 % der UKB-Patienten machten Vorschläge bezüglich der Verbesserung der medizinischen Versorgung. Dazu gehörte der Wunsch nach mehr Pflege-

personal an beiden Krankenhäusern und weniger „Massenabfertigung“ der Patienten, mit dem Eingehen auf die patientenspezifischen Bedürfnisse sowie eine stärkerer Förderung der Patienteneigeninitiative (damit die Patienten schneller wieder selbstständig werden). Am JKH wurde zudem der Wunsch nach einer besseren Kontrolle der angeschlossenen Infusionen an den peripheren Venenzugängen (zeitgerechtes Abstöpseln bei beendeter Infusion, Kontrolle der korrekten Lage in der Vene etc.) geäußert, am UKB wünschten sich die Patienten eine bessere Schmerztherapie, um Schmerzen gar nicht erst entstehen zu lassen.

Verbesserungsvorschläge zur zwischenmenschlichen Beziehung machten 16 % der JKH Patienten und 10 % der Befragten des UKB. Hier wurde eine Verbesserung der Arzt-Patienten-Beziehung, die Aufstockung des Pflegepersonals und mehr Menschlichkeit im Umgang mit den Patienten genannt. Am UKB wünschten sich die Patienten bessere Hilfsangebote, wie beispielsweise Seelsorge.

Bezüglich der Sicherheitsaspekte im Krankenhaus äußerten sich 10 % der Befragten des JKH und 2 % der Patienten des UKB. Hier wurde eine Verbesserung der Zimmerausstattung mit zimmer-eigener Nasszelle und besserer Schalldämpfung sowie Sonnenschutz genannt. Außerdem wurde hier erneut der Wunsch nach mehr Pflegepersonal geäußert. Am JKH wünschten sich die Patienten zusätzlich noch eine Möglichkeit ihrer Wertsachen besser auf dem Zimmer zu verwahren, wie beispielsweise die Einrichtung eines Safes.

3.1.8 Rangfolge der Bedeutung der einzelnen Aspekte

Werden die Mittelwerte der Wichtigkeit der Größe nach geordnet, ergeben sich für die beiden Krankenhäuser verschiedene Rangfolgen.

Bezüglich der Wichtigkeit sind in beiden Stichproben die medizinische Versorgung und die Information über die Untersuchungsergebnisse am wichtigsten (Rang 1 und 2; vgl. Abb. 41).

Weiterhin ist beiden Patientengruppen wichtig über die Erkrankungsfolgen informiert zu sein, zu wissen, wie sie der Krankheit in Zukunft vorbeugen können und in die Therapieplanung miteinbezogen zu werden (Rangplätze 3, 4 und 5 in leicht veränderter Reihenfolge; vgl. Abb. 41).

Auch die unteren Rangplätze sind in beiden Krankenhäusern gleich. Unterhaltung / Ablenkung befinden sich auf dem untersten Rang (Rang 18). Es folgen die Bedeutung der Verpflegung (Rang 17), die angegebenen unerfüllten Bedürfnisse (Rang 16) sowie das Informationsangebot während des Krankenhausaufenthalts (Rang 15; vgl. Abb. 41).

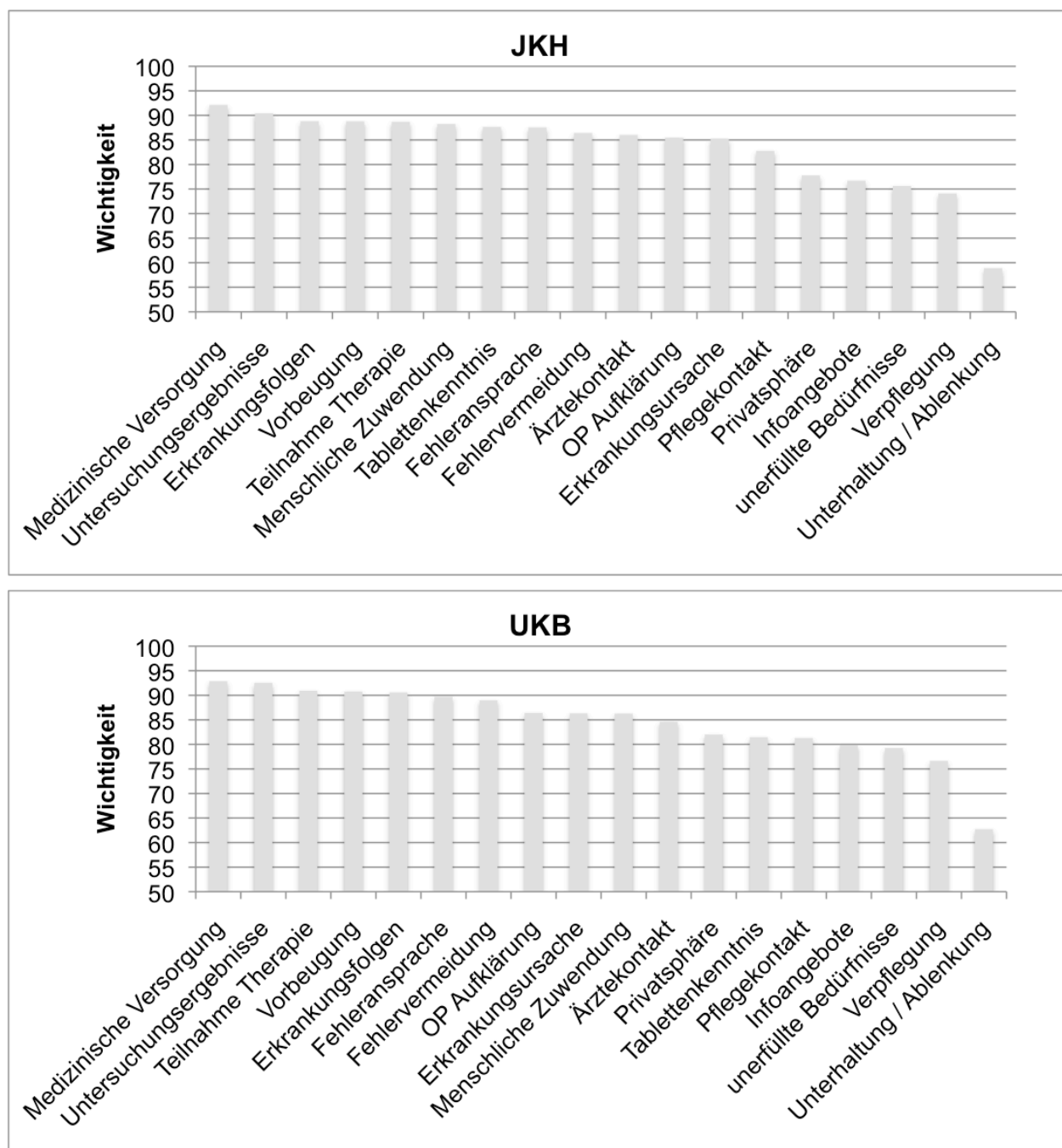


Abbildung 41: Rangfolge der PZI Faktoren (hier: deren Bedeutung für die Befragten)

Im Mittelfeld unterscheiden sich die Rangplätze. So ist den Patienten am JKH die menschliche Zuwendung und die Tablettenkenntnis wichtig (Rang 6 und 7), den Patienten des UKB ist es hingegen wichtiger, dass Fehler offen angesprochen werden und sie selbst zur Fehlervermeidung beitragen (Rang 6 und 7). Diese zwei Punkte folgen am JKH auf den Rangplätzen 8 und 9. Am UKB hingegen sind auf Platz 8 und 9 die Wichtigkeit über die Operation und die Erkrankungsursachen informiert zu sein angeordnet. Die Wichtigkeit der menschlichen Zuwendung ist im UKB

auf Rang 10 zu finden, gefolgt von der Bedeutung des Kontakts zu den Ärzten (Rang 11) und auf Rang 12, 13 und 14 der Bedeutung der Privatsphäre, der Kenntnis der Tabletten und der Bedeutung des Kontakts zum Pflegepersonal (Abb. 41).

Auf Rang 10, 11 und 12 folgen im JKH die Bedeutung des Kontakts zu den Ärzten, die Wichtigkeit, Informationen über die Operation und die Erkrankungsursachen zu erhalten. Auch im JKH sind der Kontakt zum Pflegepersonal und die Bedeutung der Privatsphäre im unteren Mittelfeld lokalisiert (Rangplätze 13 und 14; vgl. Abb. 41).

3.1.9 Rangfolge der Zufriedenheit mit den einzelnen Aspekten

Auch bezüglich der Rangfolge der Zufriedenheit sind die oberen Rangplätze an beiden Krankenhäusern gleich. Beide Patientengruppen sind mit der medizinischen Versorgung (Rang 1), der OP-Aufklärung (Rang 2), der menschlichen Zuwendung (Rang 3) und dem Kontakt zum Pflegepersonal (Rang 4) besonders zufrieden (Abb. 42).

Die untersten Rangplätze sind in beiden Krankenhäusern ebenfalls identisch: An letzter Stelle steht die Zufriedenheit mit der offenen Ansprache von Fehlern (Rang 16), die Zufriedenheit der Patienten selbst zur Fehlervermeidung im Krankenhaus beitragen zu können folgt auf Rang 15 (Abb. 42).

Am JKH folgen auf den Rangplätzen 5 und 6 die Zufriedenheit mit der Privatsphäre und der Verpflegung. Am UKB hingegen sind auf den Rangplätze 5 und 6 die Zufriedenheit mit der Information über die Untersuchungsergebnisse und die Teilnahme an der Therapie zu finden. Im UKB sind die Patienten, wenn man die Rangfolge betrachtet, zufriedener mit der Information über die Erkrankungsursachen, diese ist auf Rang 7 zu finden. Im Vergleich dazu stehen sie bei den Patienten des JKH erst auf Rang 13. Auf Rang 7 steht im JKH die Zufriedenheit mit der Teilnahme an der Therapie (Abb. 42).

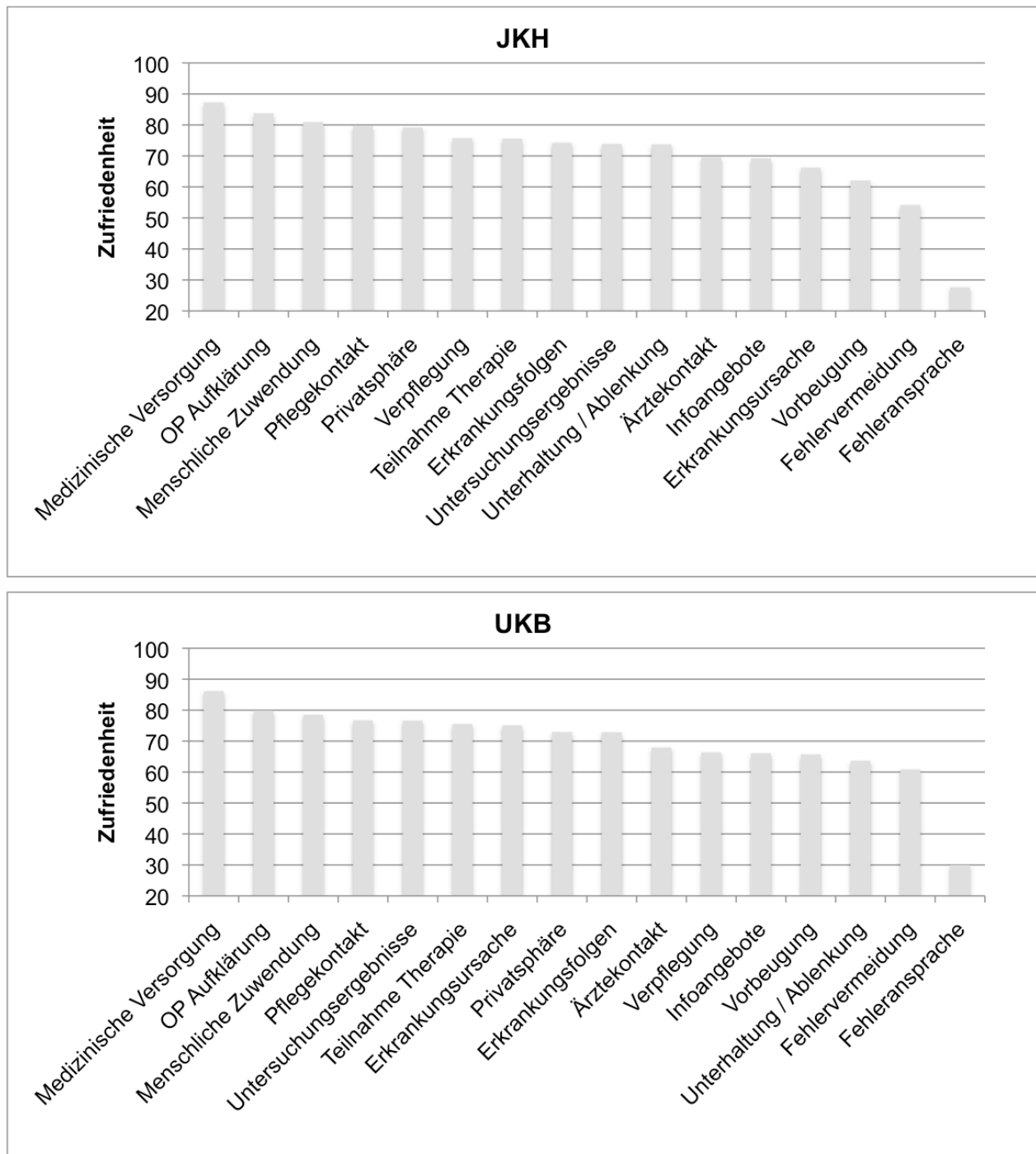


Abbildung 42: Rangfolge der PZI Faktoren (hier: deren Erfüllungsgrad aus Sicht der Befragten)

Die Rangplätze bezüglich der Information über die Erkrankungsfolgen sind an beiden Krankenhäusern ähnlich (JKH Rang 8; UKB Rang 9). Auf Rang 8 ist im UKB die Zufriedenheit mit der eigenen Privatsphäre zu finden. Rang 9 bildet im JKH die Zufriedenheit mit der Information über die Untersuchungsergebnisse (Abb. 42).

Die Rangplätze 10, 11 und 12 bilden im JKH die Zufriedenheit mit der Unterhaltung / Ablenkung, dem Kontakt zu den Ärzten und den Informationsangeboten während des Krankenhausaufenthalts. Im UKB stehen auf diesen Plätzen ebenfalls die Zufriedenheit mit dem Kontakt zu den Ärzten (Rang 10), die Zufriedenheit mit der Verpflegung (Rang 11) und auf Rang 12 die Zufriedenheit mit den Informationen während des Krankenhausaufenthalts. Auf Rang 13 steht am UKB die Zufriedenheit mit den Informationen zu der Krankheit vorbeugenden Maßnahmen, Rang 14 bildet die Zufriedenheit mit der Unterhaltung / Ablenkung. Im JKH steht die Zufriedenheit bezüglich der vorbeugenden Maßnahmen auf Rangplatz 14 (Abb. 42).

3.1.10 Rangfolge der Patientenzufriedenheitsindices

Auf Rang 1 steht an beiden Krankenhäusern der PZI Unterhaltung / Ablenkung.

Im JKH folgen auf Rang 2 und 3 die PZI der Verpflegung und der Privatsphäre. Im UKB hingegen der PZI Pflegekontakt und der PZI Medizinische Versorgung (Abb. 43).

Die letzten Rangplätze werden in beiden Häusern von identischen PZI gebildet. An letzter Stelle steht der PZI Fehleransprache (Rang 16), gefolgt von dem PZI Beteiligung der Patienten an der Fehlervermeidung (Rang 15) und dem PZI Vorbeugung (Rang 14; vgl. Abb. 43).

Auch die PZI des unteren Mittelfelds (Rangplätze 9-13) sind an beiden Krankenhäusern nahezu identisch in leicht veränderter Rangfolge. Hier finden sich die PZI Ärztekontakt, Untersuchungsergebnisse, Erkrankungsfolgen und Teilnahme an der Therapie. Im JKH findet sich im hier zusätzlich der PZI Erkrankungsursache (Rang 13), am UKB ist im unteren Mittelfeld hingegen zusätzlich der PZI Infoangebote zu finden (Rang 11; vgl. Abb. 43).

Im oberen Mittelfeld (Rangplätze 4-8) gibt es ebenfalls Gemeinsamkeiten an beiden Krankenhäusern. Hier liegen der PZI OP Aufklärung (Rang 4 JKH und UKB) und menschliche Zuwendung (JKH Rang 7; UKB Rang 5). Am JKH sind hier weiterhin die PZI Pflegekontakt (Rang 5), Medizinische Versorgung (Rang 6) und Infoangebote (Rang 8) zu finden. Am UKB gehören hingegen die PZI Privatsphäre (Rang 6) und Verpflegung (Rang 8) zum oberen Mittelfeld (Abb. 43).

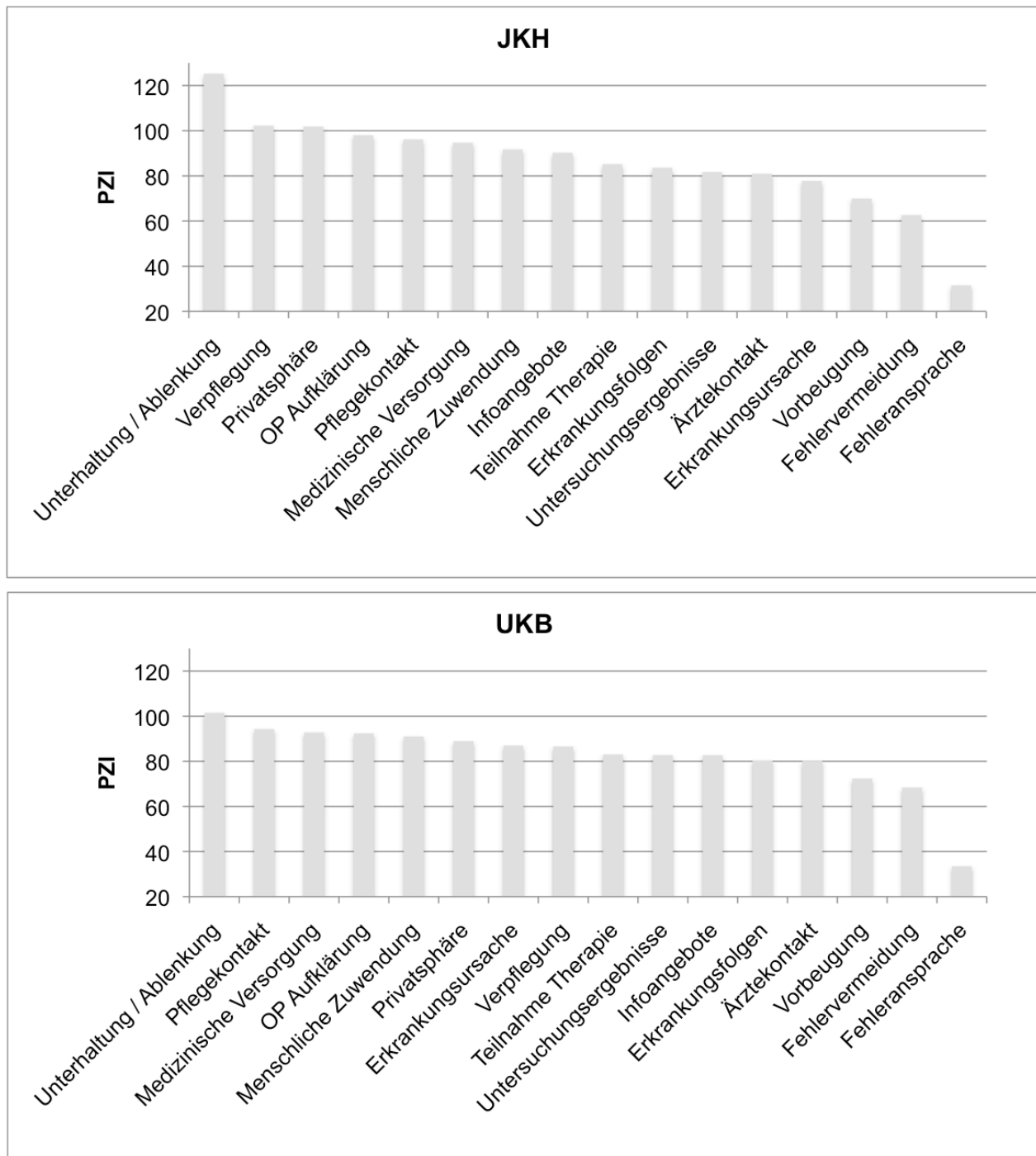


Abbildung 43: Rangfolge der Patientenzufriedenheitindices (PZI)

3.2 Multidimensionales Konzept der Patientenzufriedenheit

Den verschiedenen Dimensionen der Patientenzufriedenheit (vgl. Punkt 1.1.2) lassen sich einzelne Aspekte des Fragebogens mit den entsprechenden PZI zuordnen. Auf diese Weise wird der Gesamtwert der Patientenzufriedenheit für die jeweilige Dimension errechnet:

Zur technischen Versorgungsqualität zählt der PZI der medizinischen Versorgung.

Am JKH betrug er 0,95 am UKB ergab sich der Wert 0,93 (Abb. 44).

Die psychosoziale Versorgungsqualität wird durch die Indices der Information zu Ursachen und Folgen der Erkrankung, die Untersuchungsergebnisse, das Operationsvorgehen, die Krankheitsvorbeugung, die menschliche Zuwendung, den Therapiemiteinbezug, die Privatsphäre sowie die Fehleransprache und Fehlervermeidung bestimmt.

Rundet man den Wert der Patientenzufriedenheitsindices auf zwei Stellen hinter dem Komma auf ergibt sich in beiden Häusern der PZI von 0,78 (Abb. 44).

Zur räumlich-technischen Versorgungsqualität zählen die Patientenzufriedenheitsindices zur Verpflegung, Unterhaltung / Ablenkung und des Informationsangebots während des Krankenhausaufenthalts. Der PZI ist im JKH mit 1,06 höher als im UKB (0,90). Die Differenz der Indices ist in diesem Punkt am deutlichsten zwischen den beiden Krankenhäusern erkennbar (Abb. 44).

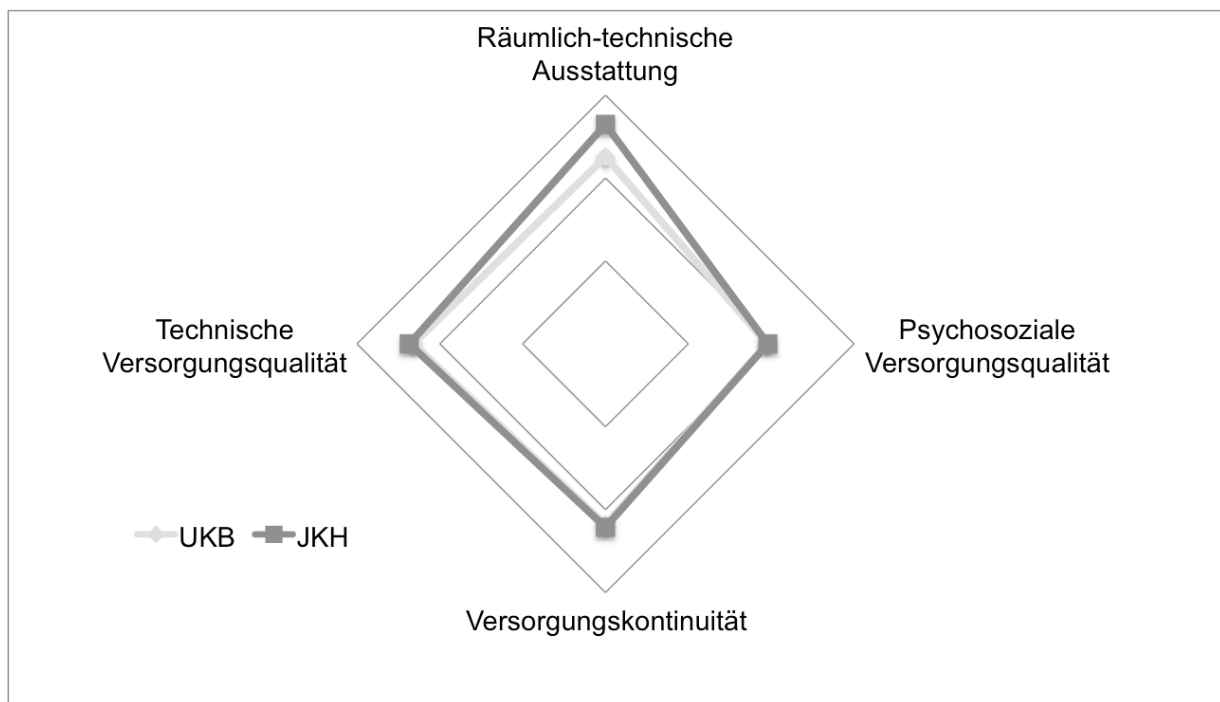


Abbildung 44: Multidimensionales Konzept der Patientenzufriedenheit (Darstellung der PZI)

Die Patientenzufriedenheitsindices zum Kontakt mit den Ärzten beziehungsweise Pflegepersonen zählen zur Dimension der Versorgungskontinuität. Auch bezüglich dieses Wertes ist der PZI im JKH mit 0,95 etwas höher als im UKB (0,93; vgl. Abb. 44).

3.3 Komponenten der Patientenzufriedenheit

Der Fragebogen analysiert verschiedene Komponenten der Aspekte Patienteninformation, Patientenbeteiligung, Patientenkomfort sowie Patientenkontakt / Patientenkommunikation während des Krankenhausaufenthalts. Fasst man diese Komponenten zusammen erhält man Gesamtwerte für die jeweiligen Aspekte, sowohl für deren Bedeutung als auch für die Zufriedenheit.

3.3.1 Informationskomponenten während des Krankenhausaufenthalts

Zu den Komponenten der Information zählen:

- Information über die Erkrankung
- Information über die Folgen der Erkrankung
- Information über die Untersuchungsergebnisse
- Information über das Vorgehen bei der Operation
- Informationsangebote während des Krankenhausaufenthalts

Die Mittelwerte der Summe „Wichtigkeit Information während des Krankenhausaufenthalts“ unterscheiden sich weder signifikant noch deutlich zwischen den beiden Krankenhäusern ($p=0,296$; $T=-1,049$ MW JKH 0,8549 SD 0,10; MW UKB 0,8705 SD 0,10; vgl. Abb. 45).

Bezüglich der Zufriedenheit mit den Informationen während des Krankenhausaufenthalts gibt es ebenfalls keinen signifikanten oder deutlichen Unterschied zwischen JKH und UKB ($p=0,953$; $T=-0,059$; vgl. Abb. 45). Der Mittelwert der Zufriedenheit beträgt an beiden Krankenhäusern etwa 0,74 (SD 0,19). Der PZI am JKH beträgt 0,87 und am UKB 0,85 (Abb. 45 und 46).

3.3.2 Beteiligungskomponenten während des Krankenhausaufenthalts

Zu den Komponenten des Beteiligungsaspekts zählen:

- Krankheitsvorbeugung
- Therapiemiteinbezug durch die Ärzte
- Gefühl der Mitverantwortlichkeit für ein gutes Gelingen bei der Behandlung
- Tablettenkenntnis
- Engagement bei der Fehlervermeidung
- Offene Fehleransprache während des Aufenthalts

Den Patienten des UKB ist die Beteiligung während des Krankenhausaufenthalts etwas wichtiger als den Patienten im JKH (MW UKB 0,8910 SD 0,10; MW JKH 0,8853 SD 0,09) ein signifikanter oder deutlicher Unterschied besteht jedoch nicht ($p=0,703$; $T=-0,382$; vgl. Abb. 45).

Auch die Zufriedenheit mit der Beteiligung betreffend zeigt sich weder ein signifikanter noch deutlicher Unterschied zwischen den Patientengruppen ($p=0,984$; $T=0,020$). Die Mittelwerte waren in beiden Krankenhäusern nahezu identisch (JKH 0,7196 SD 0,15; UKB 0,7190 SD 0,17). Es ergeben sich an beiden Krankenhäusern PZI-Werte im Bereich von 0,80 (Abb. 45 und 46).

3.3.3 Komfortkomponenten während des Krankenhausaufenthalts

Der Aspekt Komfort beinhaltet die Komponenten:

- Unterhaltung / Ablenkung
- Verpflegung
- Privatsphäre

Der Mittelwert verdeutlicht, dass den Patienten des UKB der Komfort zwar wichtiger ist (0,7418 SD 0,16) als den Patienten am JKH (0,6980 SD 0,18), ein signifikanter oder deutlicher Unterschied jedoch nicht besteht ($p=0,092$; $T=-1,695$; vgl. Abb. 45).

Die Mittelwerte der Zufriedenheit mit dem Komfort im Krankenhaus unterscheiden sich deutlicher. Die Patienten im JKH sind deutlich zufriedener mit dem Komfort im Krankenhaus (0,7693 SD 0,15) als die Patienten des Uniklinikums (0,6708 SD 0,20). Es besteht durch die Korrektur des Signifikanzniveaus jedoch auch hier kein signifikanter Unterschied ($p=0,001$; $T=3,474$). Im JKH ergibt sich hier ein PZI von 1,1. Im UKB ergibt sich ebenfalls ein sehr hoher PZI im Bereich von 0,9 (Abb. 45 und 46).

3.3.4 Kommunikations- / Kontaktkomponenten während des Krankenhausaufenthalts

Diesem Aspekt lassen sich folgende Komponenten zuordnen:

- persönlicher Kontakt zu den Ärzten
- Kontakt zu den Pflegepersonen
- menschliche Zuwendung

Es zeigt sich, dass beiden Patientengruppen dieser Aspekt sehr wichtig ist (MW JKH 0,8581 SD 0,12; MW UKB 0,8435 SD 0,13) und ein signifikanter oder deutlicher Unterschied nicht besteht ($p=0,449$; $T=0,759$; vgl. Abb. 45).

Auch bezüglich der Zufriedenheit mit dem Kontaktspekt zeigt sich weder ein signifikanter noch ein deutlicher Unterschied bei den beiden Patientengruppen ($p=0,373$; $T=0,894$). Der Mittelwert im JKH beträgt 0,77 (SD 0,15). Am UKB ergibt sich ein Mittelwert von 0,74 (SD 0,22). Aus die-

sem Verhältnis ergibt sich am JKH ein PZI von 0,89 und am UKB ein PZI-Wert von 0,88 (Abb. 45 und 46).

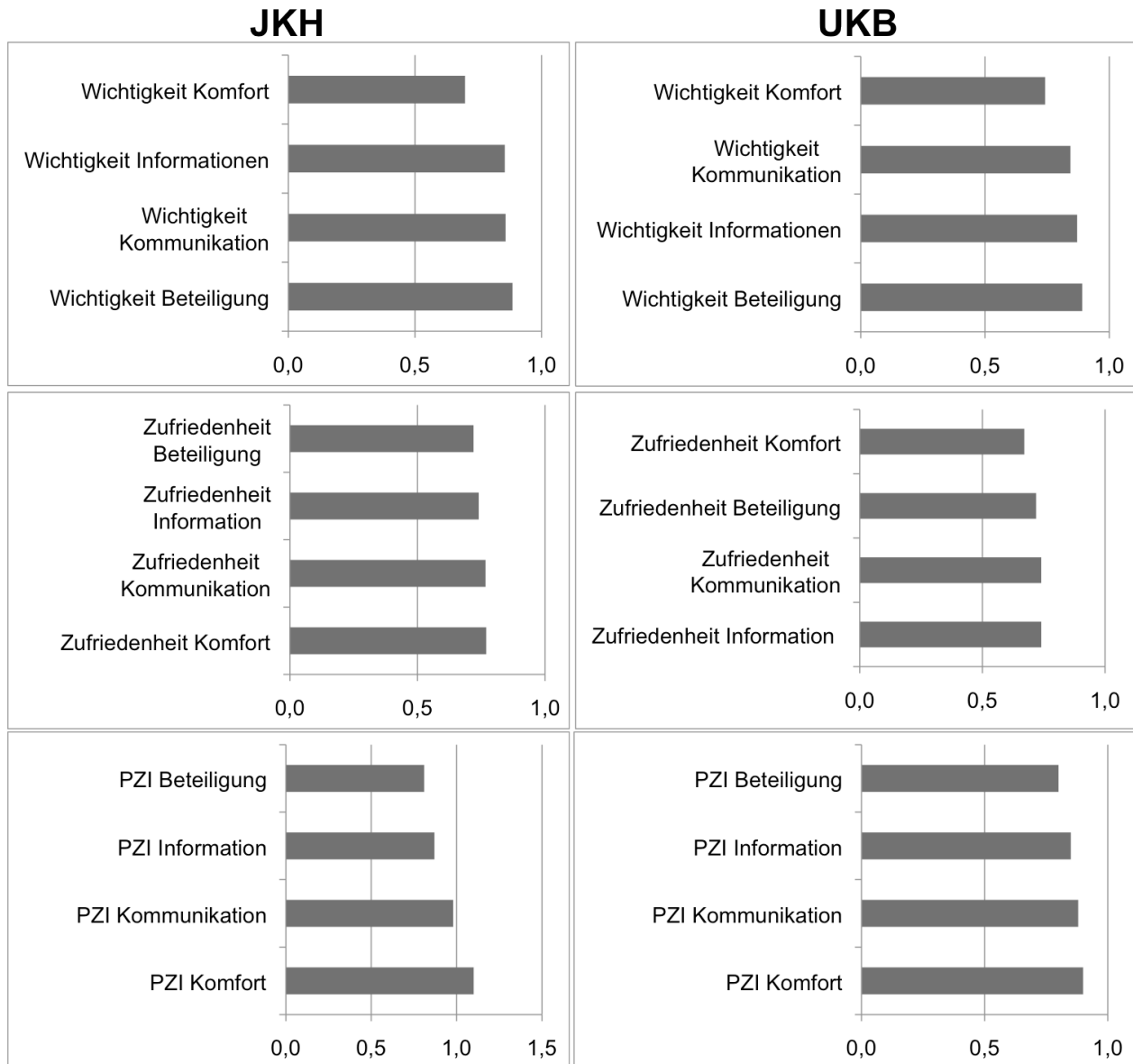


Abbildung 45: Rangfolge der PZI Faktoren und der PZI (Vergleich der Krankenhäuser) – Vergleich der Mittelwerte auf Abszisse

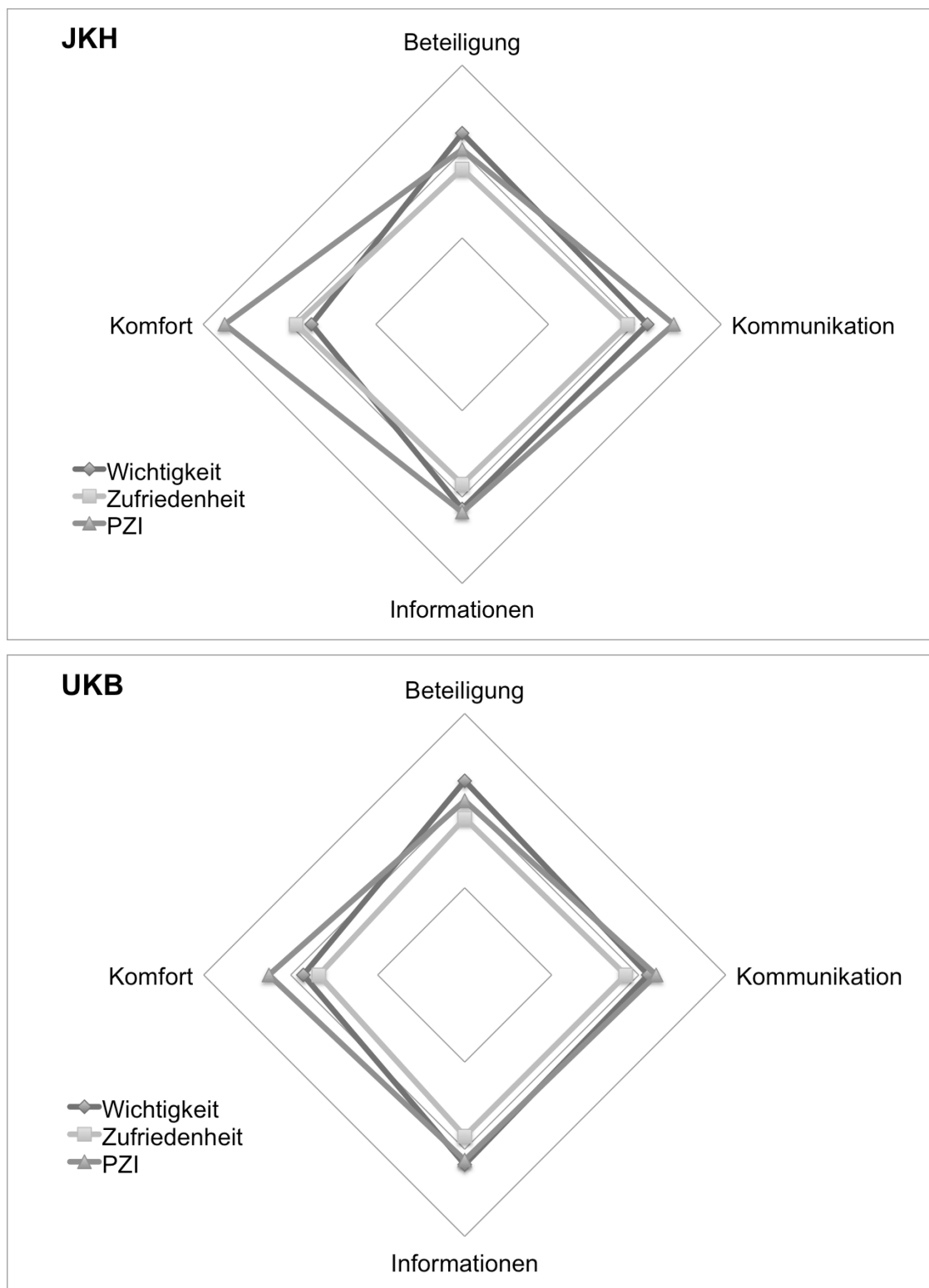


Abbildung 46: PZI Komponenten im Vergleich der Krankenhäuser

3.4 Krankenhausinterne Analysen

Analog zu dem Vergleich der Patientengruppen der beiden Krankenhäuser bezüglich der Bedeutung und Zufriedenheit während des Krankenhausaufenthalts, bietet sich die Analyse dieser Aspekte innerhalb der beiden Stichproben an. Das Signifikanzniveau wird bei 16 vergleichenden Tests auf $p = 0,05 / 16$ (also 0,003) korrigiert.

3.4.1 Johanniter-Krankenhaus

Ärzte – Pflegekontakt; Medizinische Versorgung – Menschliche Zuwendung

Bei der Analyse der Aspekte Ärztekontakt und Pflegekontakt wird deutlich, dass den Patienten am JKH der Kontakt zu den Ärzten wichtiger ist als der Kontakt zu den Pflegepersonen. Es zeigt sich jedoch weder ein signifikanter noch ein deutlicher Unterschied ($p=0,071$; $T=1,827$).

Die Analyse der Zufriedenheit zeigt, dass die Patienten des JKH mit dem Kontakt zu den Pflegepersonen signifikant zufriedener sind als mit dem Kontakt zu den Ärzten ($p=0,001$; $T=-3,406$; vgl. Abb. 47).

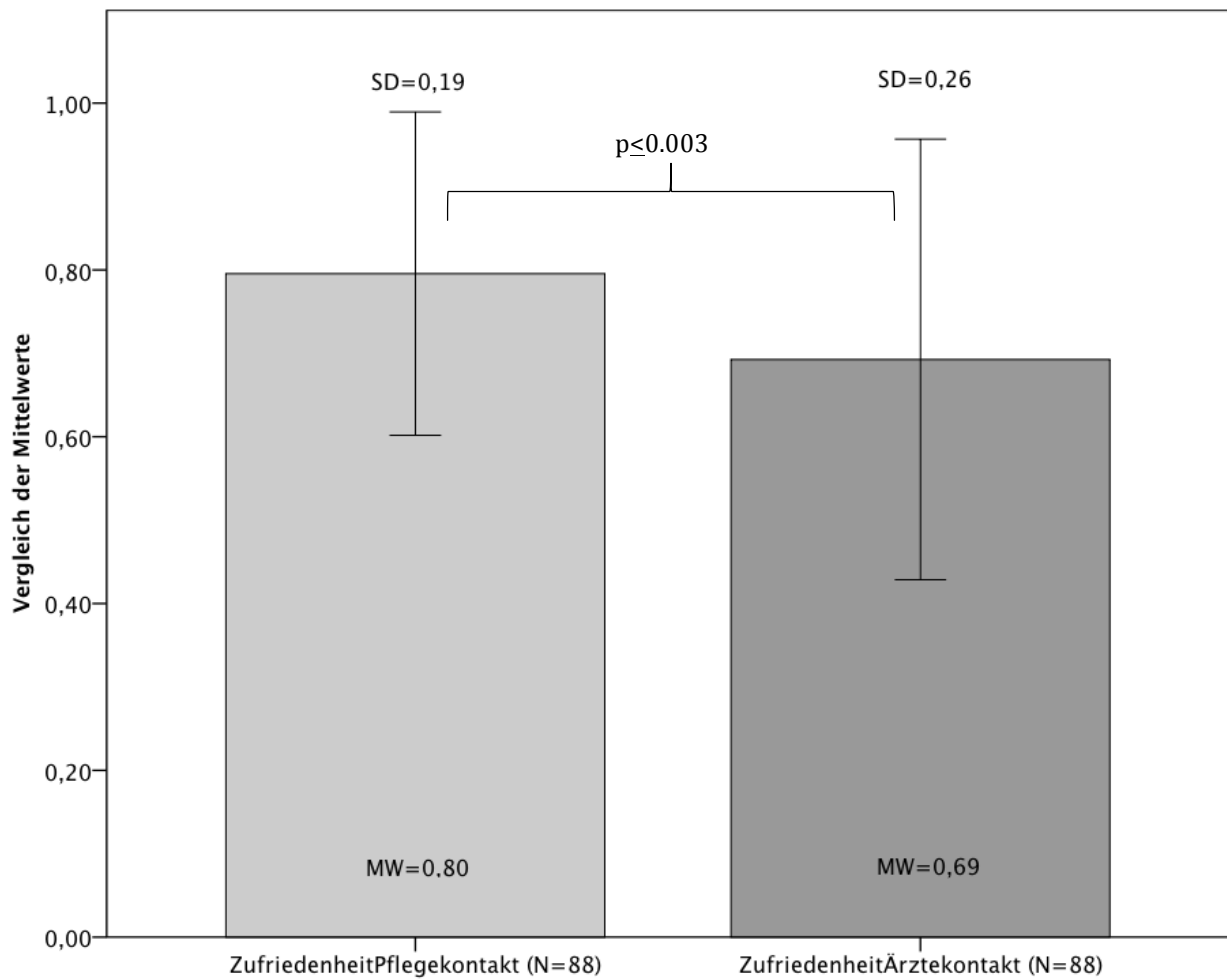


Abbildung 47: Vergleich der Zufriedenheit mit Pflege- und Ärztekontakt am JKH

Ein signifikanter Unterschied wird auch bezüglich des Vergleichs der medizinischen Versorgung und der menschlichen Zuwendung deutlich. Den JKH-Patienten ist die medizinische Versorgung wichtiger ($T=-3,657$) als die menschliche Zuwendung und sie sind mit dieser auch signifikant zufriedener ($T=-4,084$) als mit der menschlichen Zuwendung ($p=0,000$; vgl. Abb 48).

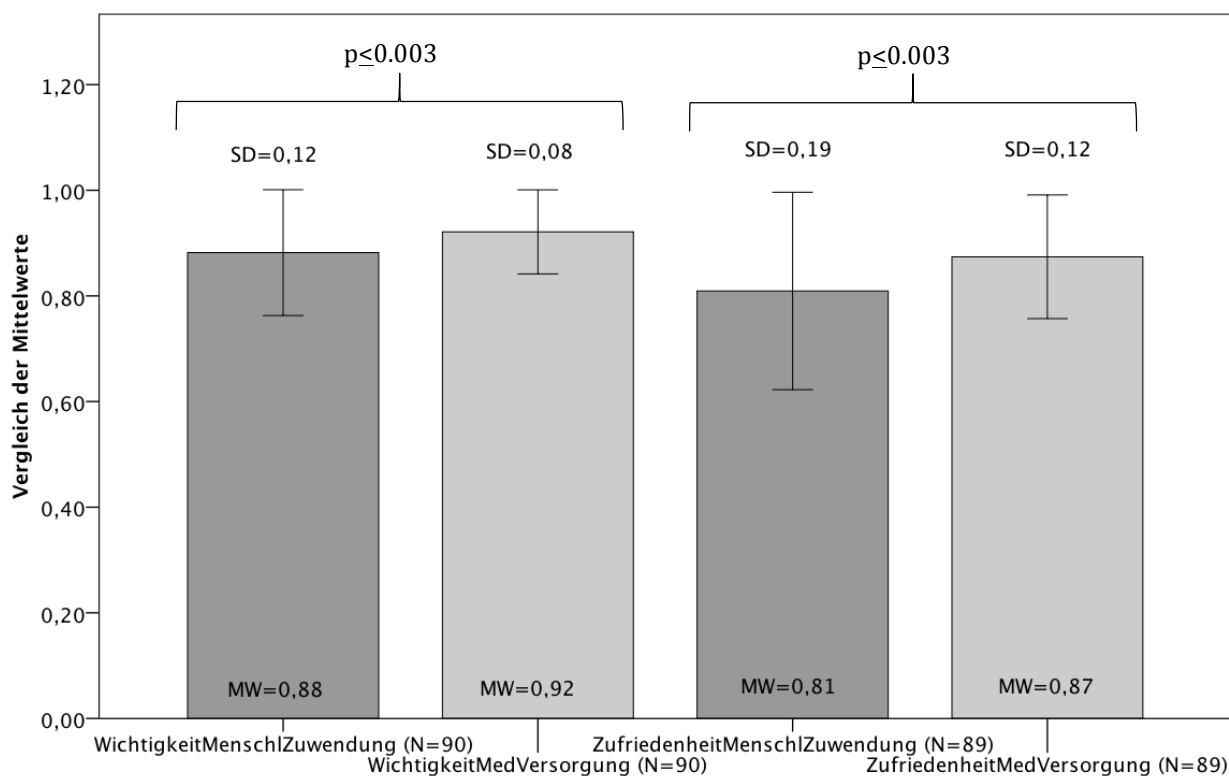


Abbildung 48: Vergleich der Bedeutung / Zufriedenheit menschl. Zuwendung und med. Versorgung am JKH

Bedeutung Information, Beteiligung, Komfort und Kontakt

Weiterhin zeigt sich, dass den Patienten des JKH die Beteiligung im Krankenhaus deutlich wichtiger ist als der Aspekt der Information ($p=0,037$; $T=-2,126$) und der Aspekt des Kontakts / der Kommunikation ($p=0,049$; $T=2,001$). Zwischen der Bedeutung der Beteiligung und der Bedeutung des Komfortaspekts während des Krankenhausaufenthalts besteht ein signifikanter Unterschied ($p=0,000$; $T=9,217$; vgl. Abb 49).

Ein signifikanter Unterschied zeigt sich zwischen dem Komfortaspekt und der Wichtigkeit der Information ($T=7,689$) sowie der Wichtigkeit der Kommunikation / des Kontakts ($T=-7,593$). Sowohl der Informations- als auch der Kontaktaspekt sind den Patienten des JKH im Vergleich zum Komfort signifikant wichtiger ($p=0,000$; vgl. Abb 50 und 51).

Der Vergleich der Bedeutung des Kontaktaspekts mit der Wichtigkeit der Information ergibt weder einen signifikanten noch einen deutlichen Unterschied ($p=0,751$; $T=0,319$).

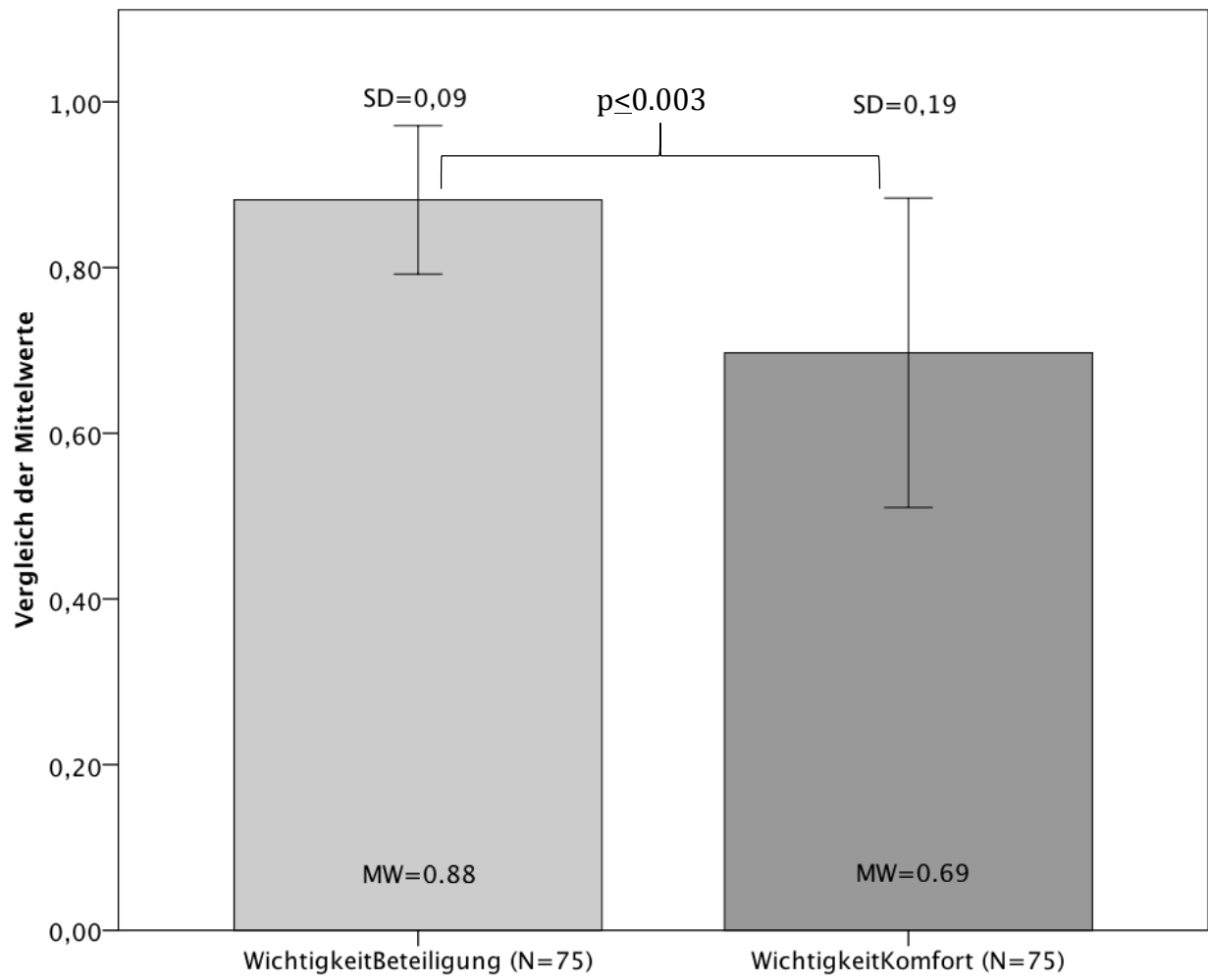


Abbildung 49: Vergleich der Bedeutung von Beteiligung und Komfort am JKH

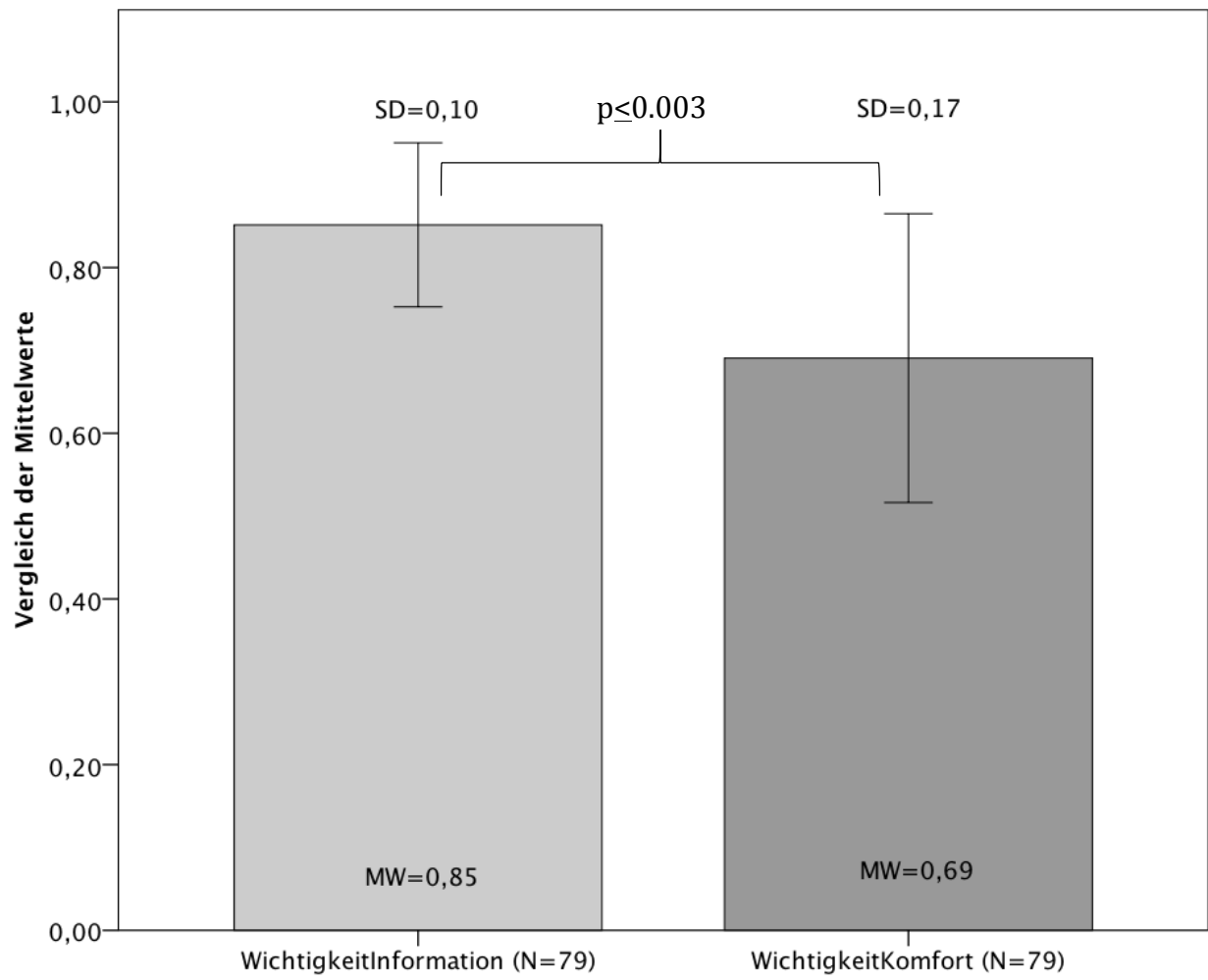


Abbildung 50: Vergleich der Bedeutung von Information und Komfort am JKH

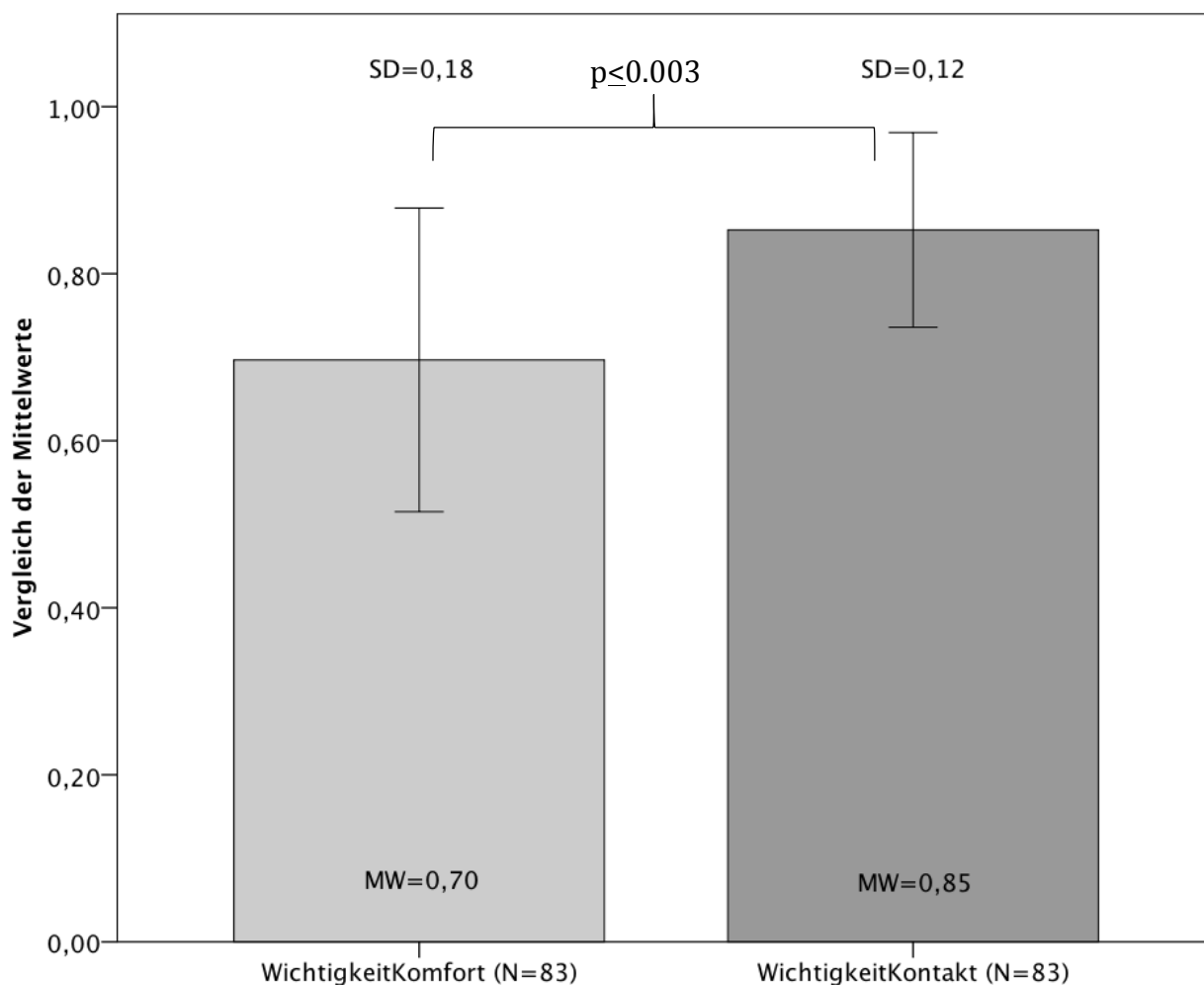


Abbildung 51: Vergleich der Bedeutung von Kontakt und Komfort am JKH

Zufriedenheit Information, Beteiligung, Komfort und Kontakt

Es zeigt sich ein deutlicher (nach Bonferroni-Korrektur aber nicht signifikanter) Unterschied zwischen der Zufriedenheit mit dem Komfort und der Zufriedenheit mit der Beteiligung (Zufriedenheit Komfort > Zufriedenheit Beteiligung; $p=0,005$; $T=-2,925$).

Außerdem sind die Patienten des JKH deutlich zufriedener mit dem Kontaktaspekt als mit dem Aspekt der eigenen Beteiligung während des Krankenhausaufenthalts ($p=0,017$; $T=-2,467$).

3.4.2 Universitätsklinikum Bonn

Ärzte – Pflegekontakt; Medizinische Versorgung – Menschliche Zuwendung

Auch hier wird bei der Analyse der Aspekte Ärztekontakt und Pflegekontakt ersichtlich, dass den Patienten der Kontakt zu den Ärzten wichtiger ist, ein signifikanter oder deutlicher Unterschied zeigt sich jedoch nicht ($p=0,065$; $T=-1,870$). Auch am UKB sind die Patienten zufriedener mit dem Kontakt zu den Pflegepersonen als mit dem Kontakt zu den Ärzten. Es zeigt sich ein deutli-

cher, nach durchgeführter Bonferroni-Korrektur aber kein signifikanter Unterschied ($p=0,036$; $T=-2,132$).

Am UKB hat die medizinische Versorgung, genau wie im JKH, im Vergleich zur menschlichen Zuwendung signifikant größere Bedeutung ($p=0,000$; $T=-5,184$; vgl. Abb. 52) und die UKB-Patienten sind mit dieser ebenfalls signifikant zufriedener ($p=0,000$; $T=-4,404$; vgl. Abb. 53).

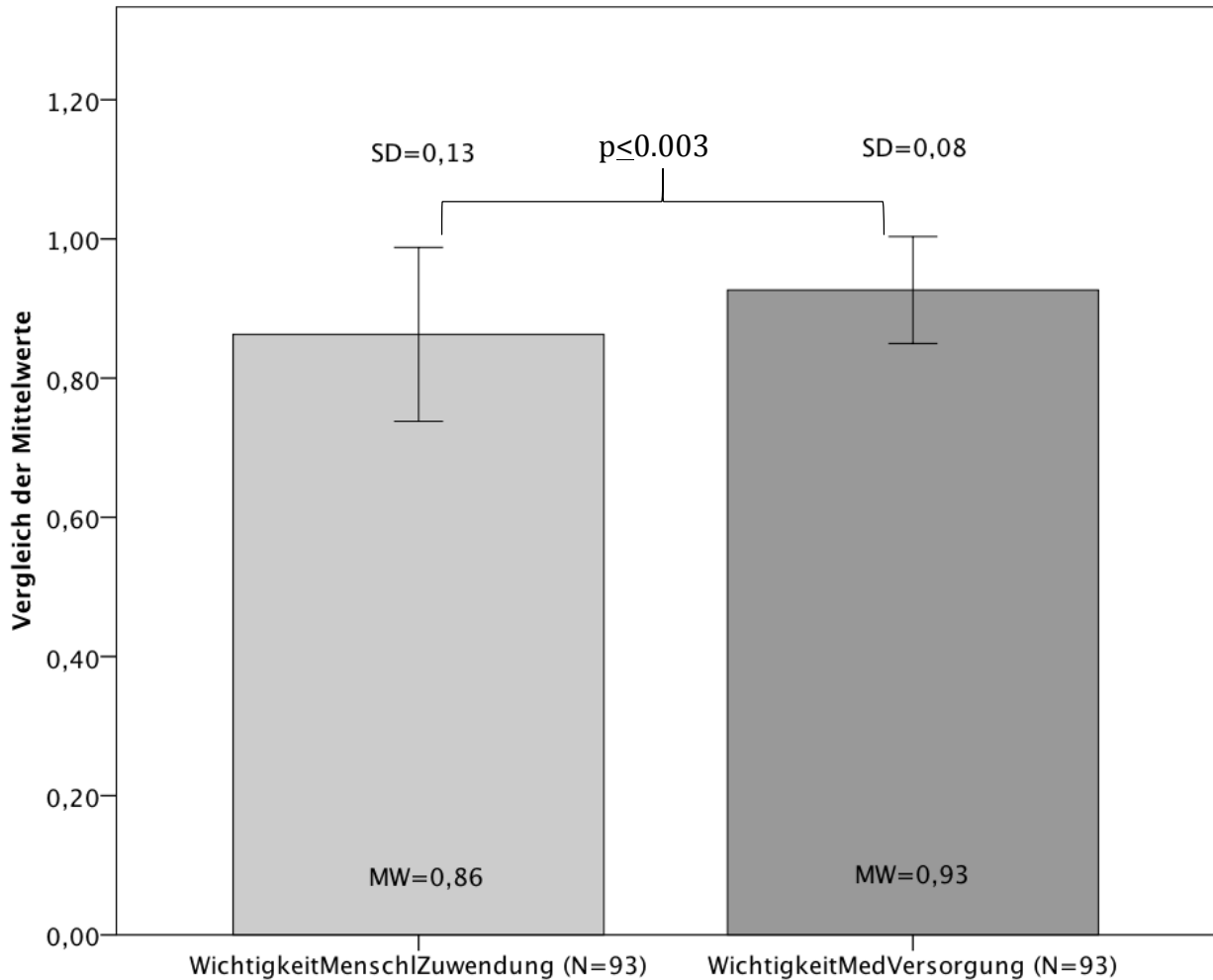


Abbildung 52: Vergleich der Bedeutung menschl. Zuwendung und med. Versorgung am UKB

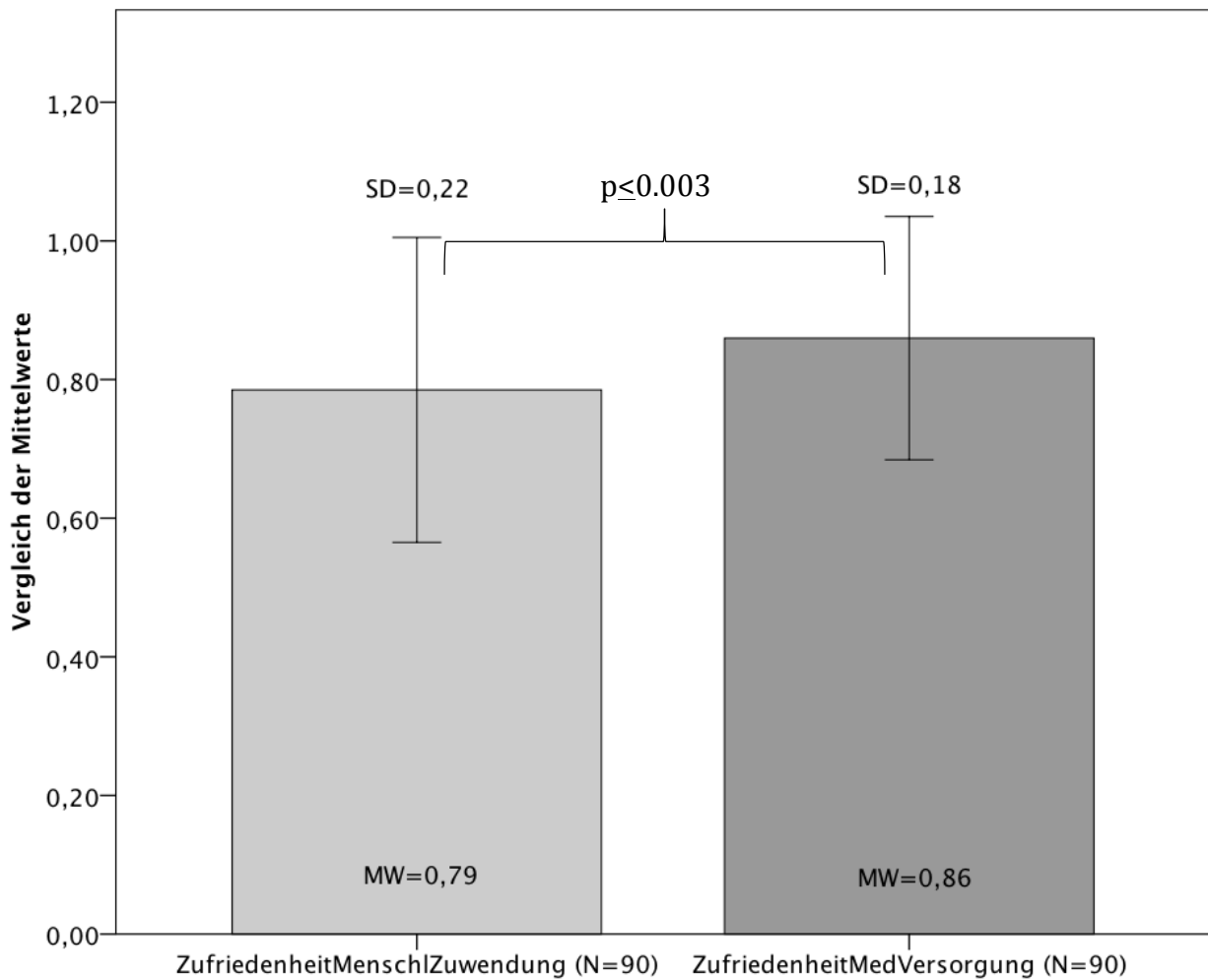


Abbildung 53: Vergleich der Zufriedenheit menschl. Zuwendung und med. Versorgung am UKB

Bedeutung Information, Beteiligung, Komfort und Kontakt

Es zeigt sich, dass die Information signifikant wichtiger ist als der Aspekt des Komforts ($p=0,000$; $T=6,833$; vgl. Abb. 54). Im Vergleich zu den anderen Punkten (Beteiligung, Kontakt) zeigen sich keine signifikanten oder deutlichen Unterschiede.

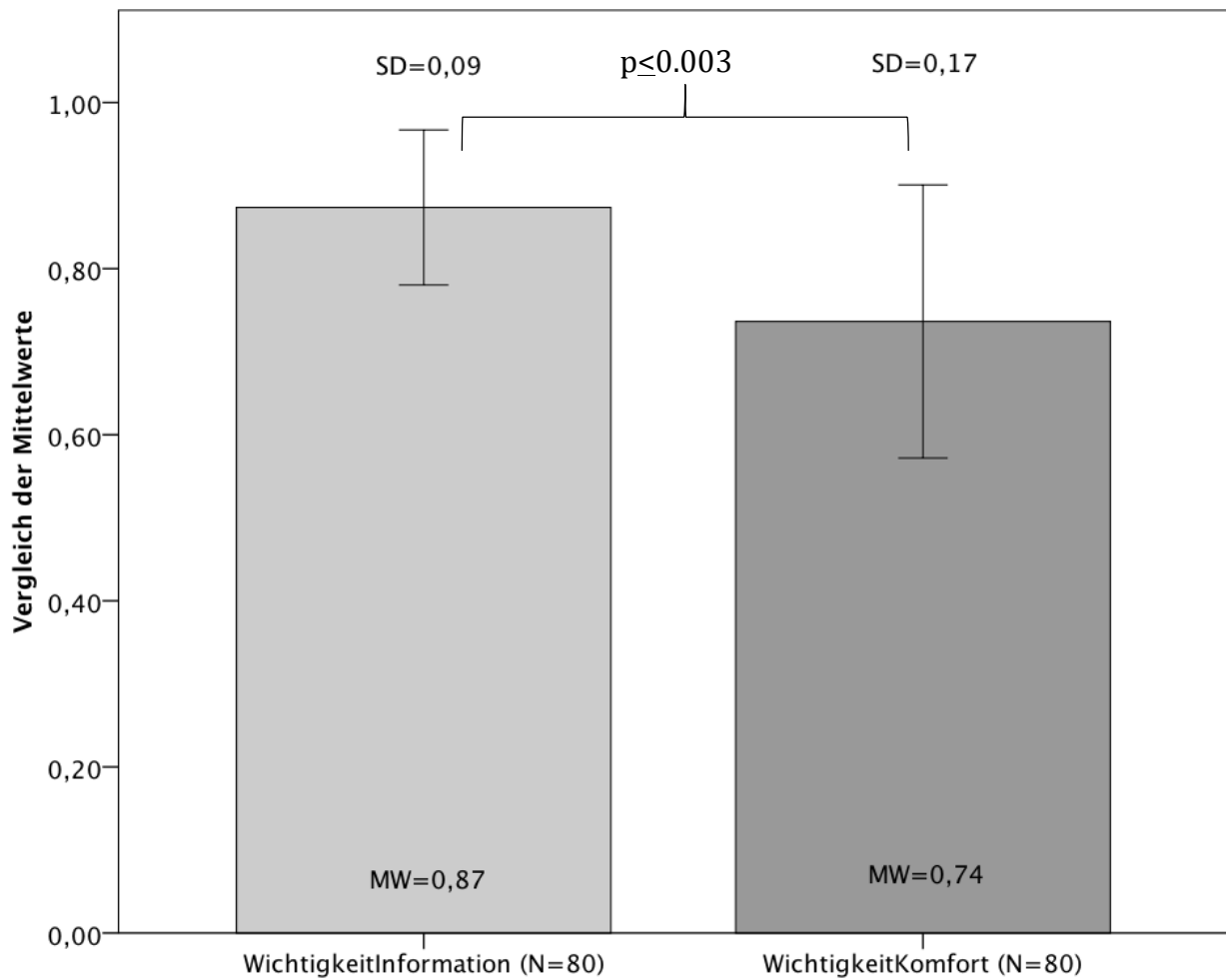


Abbildung 54: Vergleich der Bedeutung von Information und Komfort am UKB

Die Beteiligung während des Krankenhausaufenthalts ist den UKB-Patienten sowohl signifikant wichtiger als der Kontakt- und auch signifikant wichtiger als der Komfortaspekt ($p=0,002$ $T=3,293$; $p=0,000$ $T=8,111$; vgl. Abb. 55).

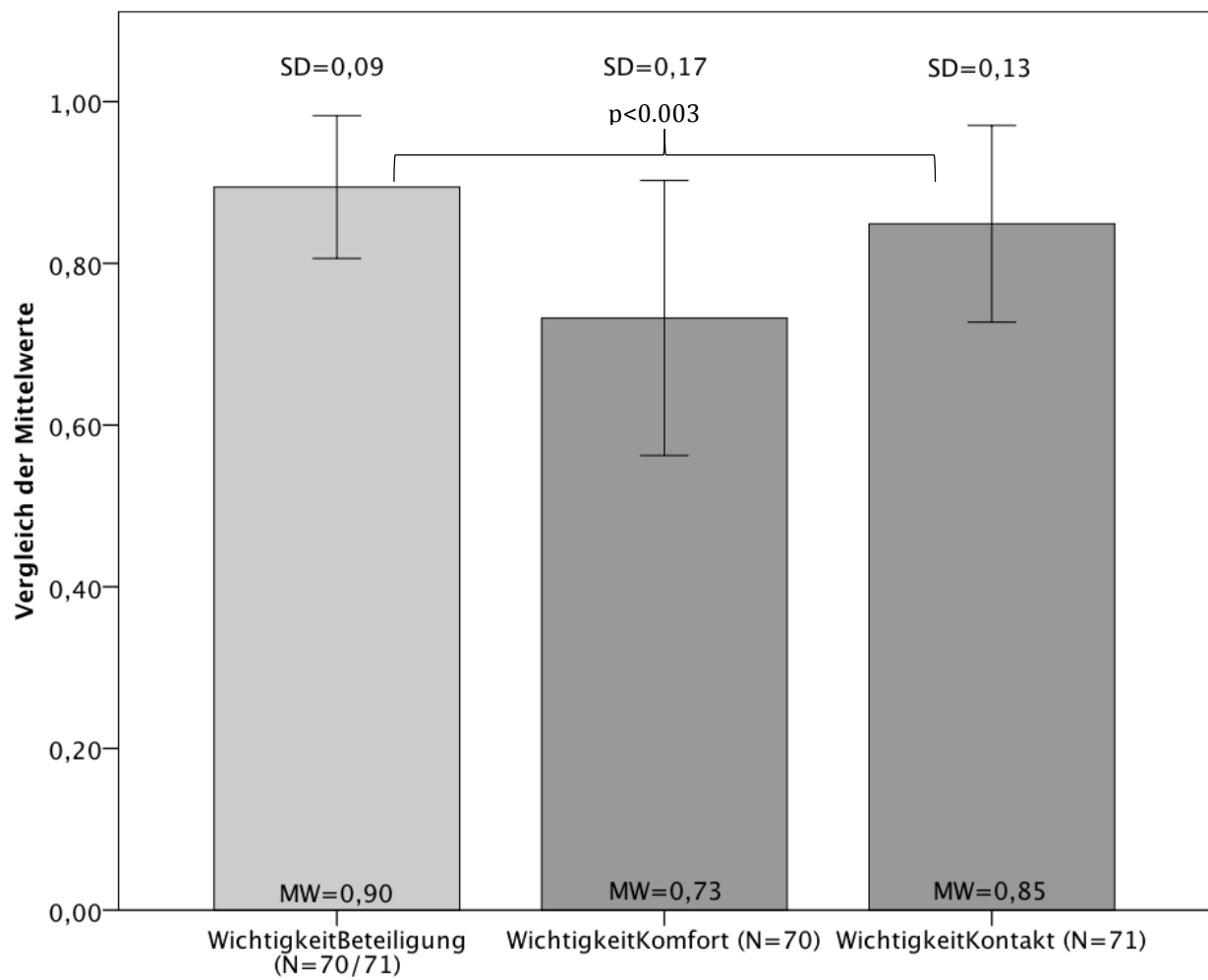


Abbildung 55: Vergleich der Bedeutung von Beteiligung, Komfort und Kommunikation / Kontakt am UKB

Weiterhin ist auch der Kontakt- / Kommunikationsaspekt am UKB signifikant wichtiger als der Komfort ($p=0,000$; $T=-5,651$; vgl. Abb. 56).

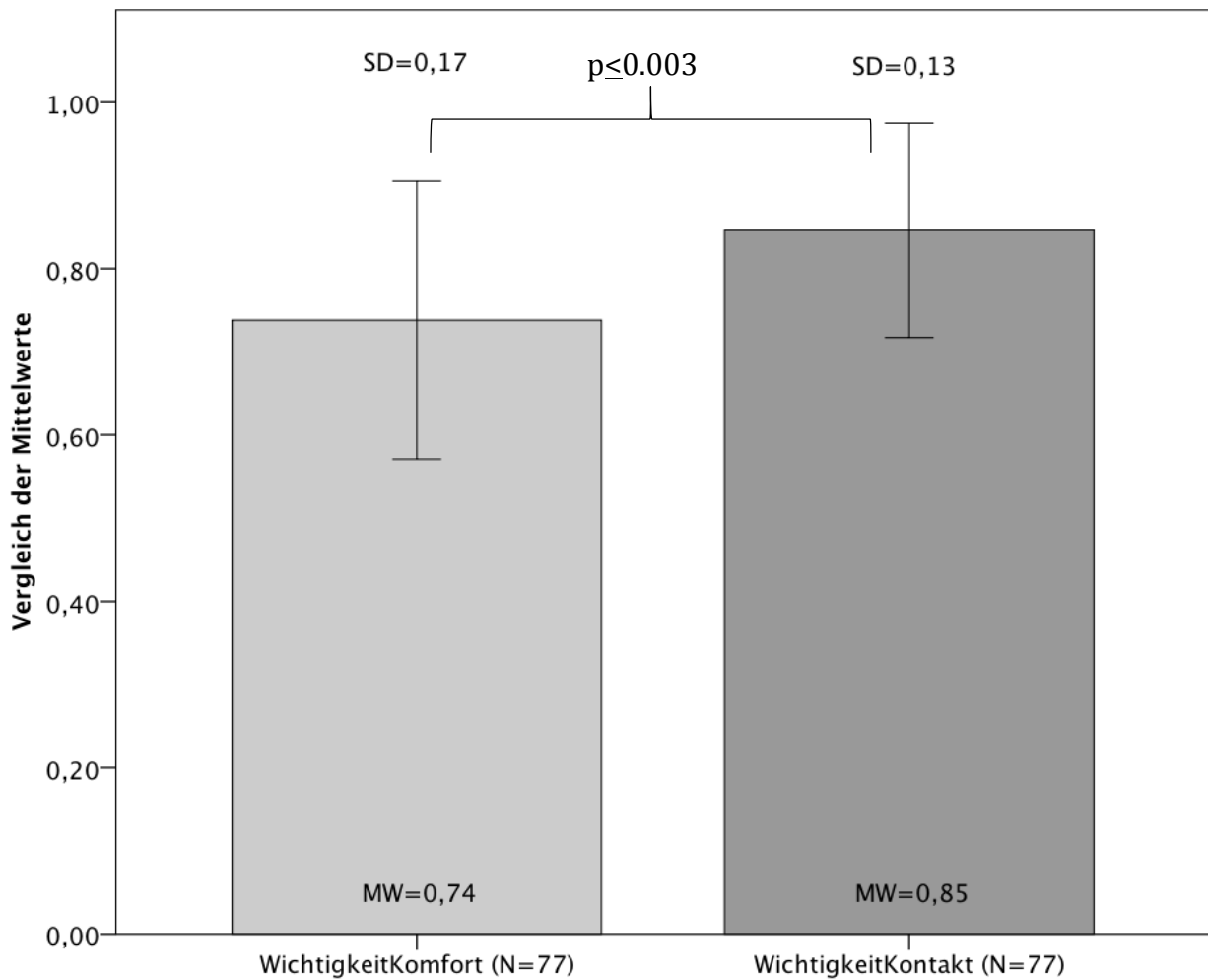


Abbildung 56: Vergleich der Bedeutung von Komfort und Kommunikation / Kontakt am UKB

Zufriedenheit Information, Beteiligung, Komfort und Kontakt

Im Vergleich zu den Punkten Information ($p=0,012$; $T=2,570$), Beteiligung ($p=0,024$; $T=2,326$) und Kontakt ($p=0,010$; $T=-2,640$) sind die Patienten des UKB deutlich, nach Bonferroni-Korrektur aber nicht signifikant unzufriedener mit dem Komfort während des Aufenthalts. Hinsichtlich der anderen Aspekte zeigen sich weder signifikante noch deutliche Unterschiede im Vergleich.

3.5 Analyse anhand von Patientencharakteristika

In diesem Abschnitt werden die Patienten nach bestimmten, sie charakterisierenden Merkmalen eingeteilt. Vor dem Hintergrund dieser Einteilung wird analysiert, ob sich signifikante oder deutliche Unterschiede zeigen. Durch die Bonferroni-Korrektur (bei 8 vergleichenden Tests) ergibt sich ein Signifikanzniveau von 0,006 ($0,05 / 8$).

3.5.1 Analyse vor dem Hintergrund des Patientenalters

Anhand des Alters werden zwei Patientengruppen gebildet: Die erste Gruppe umfasst die Patienten von 0 bis 50 (79 Patienten). Die zweite Gruppe bilden die Patienten von 51 bis 100 (109 Patienten). Anhand dieser Unterteilung erfolgt nun die Untersuchung der Wichtigkeit beziehungsweise Zufriedenheit.

Den Patienten der Altersgruppe 51 bis 100 sind sowohl Information (MW 0,87 SD 0,10) als auch Kontakt (MW 0,86 SD 0,12) und Beteiligung (MW 0,90 SD 0,10) wichtiger als den Patienten der jüngeren Altersgruppe (MW Information 0,85 SD 0,10; MW Kontakt 0,84 SD 0,13; MW Beteiligung 0,88 SD 0,08). Ein signifikanter oder deutlicher Unterschied ist in keiner der Kategorien zu verzeichnen.

Einzig bei dem Aspekt des Komforts zeigt sich, dass dieser Punkt den jüngeren Patienten wichtiger ist (MW 0-50: 0,74 SD 0,16; MW 51-100: 0,70 SD 0,17). Ein signifikanter oder deutlicher Unterschied zeigt sich hier allerdings ebenfalls nicht ($p=0,115$ $T=1,586$).

Untersucht man die Zufriedenheit mit den einzelnen Aspekten zeigt sich, dass die Altersgruppe 51-100 in allen Punkten zufriedener ist (MW Information 0,77; MW Beteiligung 0,75; MW Komfort 0,74; MW Kontakt 0,79) als die Altersgruppe der 0 bis 50 Jahre alten Patienten (MW Information 0,70; MW Beteiligung 0,68; MW Komfort 0,70; MW Kontakt 0,71).

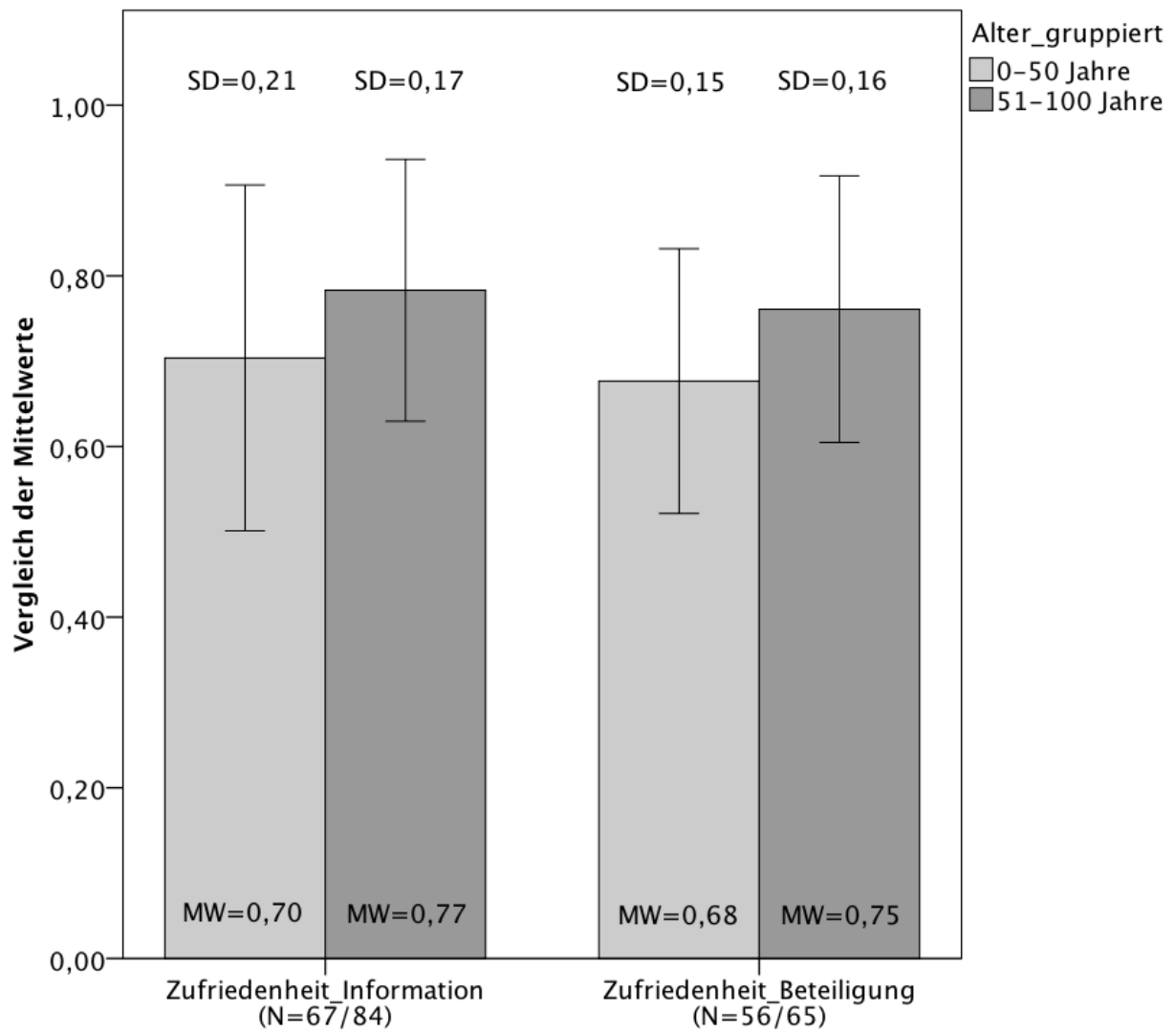


Abbildung 57: Vergleich Zufriedenheit Information und Beteiligung nach Altersgruppen ($p \leq 0,05$)

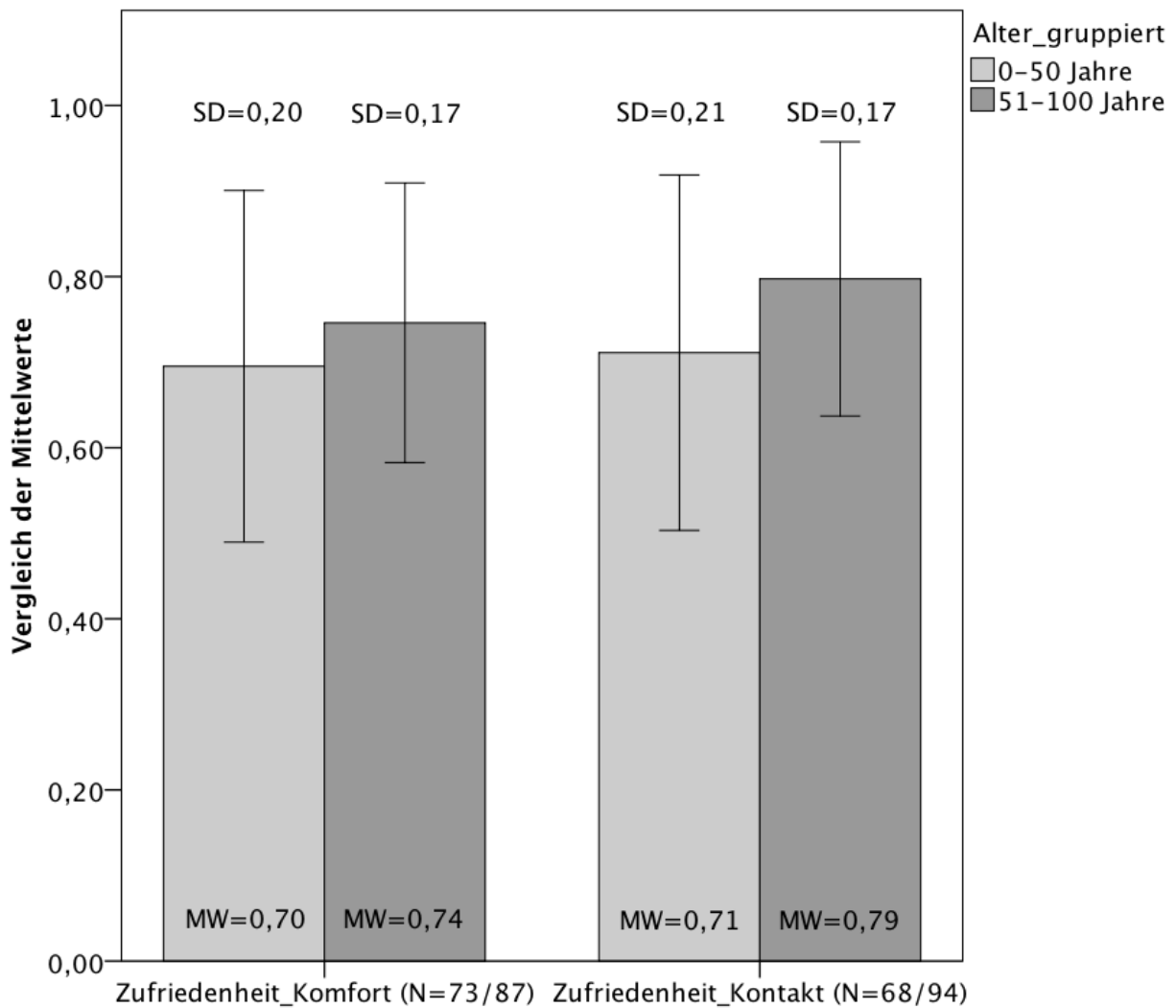


Abbildung 58: Vergleich der Zufriedenheit Komfort und Kontakt ($p \leq 0,05$) nach Altersgruppen

Deutliche Unterschiede werden bezüglich der Zufriedenheit mit der erhaltenen Information ($p=0,017$; $T=-2,407$), der Beteiligung im Krankenhaus ($p=0,016$; $T=-2,448$) und dem Kontakt ($p=0,013$; $T=-2,520$) ersichtlich (Abb. 57 und 58). Durch die Bonferroni-Korrektur besteht jedoch kein signifikanter Unterschied. Bezüglich der Zufriedenheit mit dem Komfort werden keine signifikanten oder deutlichen Unterschiede erkennbar ($p=0,145$ $T=-1,466$; vgl. Abb. 58). Die Berechnung der PZI ergibt Werte im Bereich von 0,77 (PZI der Beteiligung bei den jüngeren Patienten) bis 1,05 (für den Aspekt des Komforts bei der Gruppe der älteren Patienten).

3.5.2 Analyse vor dem Hintergrund einer Generationseinteilung

Analyse der Generation Y

Den Personen der Generation Y (22 Patienten) sind alle untersuchten Faktoren sehr wichtig: Information (MW 0,86 SD 0,12), Beteiligung (MW 0,87 SD 0,09), Komfort (MW 0,80 SD 0,15) und Kontakt (MW 0,84 SD 0,13).

Die Zufriedenheit betreffend ergeben sich Mittelwerte im Bereich von 0,66 bis 0,72 (MW Information 0,69 SD 0,21; MW Beteiligung 0,66 SD 0,17; MW Komfort 0,72 SD 0,21; MW Kontakt 0,66 SD 0,23).

Im Vergleich mit den anderen Generationen

Wird die Generation Y in diesen Punkten mit der Generation X verglichen, zeigen sich keine signifikanten Unterschiede. Es wird jedoch ersichtlich, dass den nach 1980 Geborenen der Aspekt des Komforts im Krankenhaus deutlich wichtiger ist als den Jugendlichen der späten 1980er und 1990er Jahre ($p=0,01$; $T=2,643$; vgl. Abb. 59). Im Vergleich mit den Babyboomern ergeben sich weder signifikante noch deutliche Unterschiede.

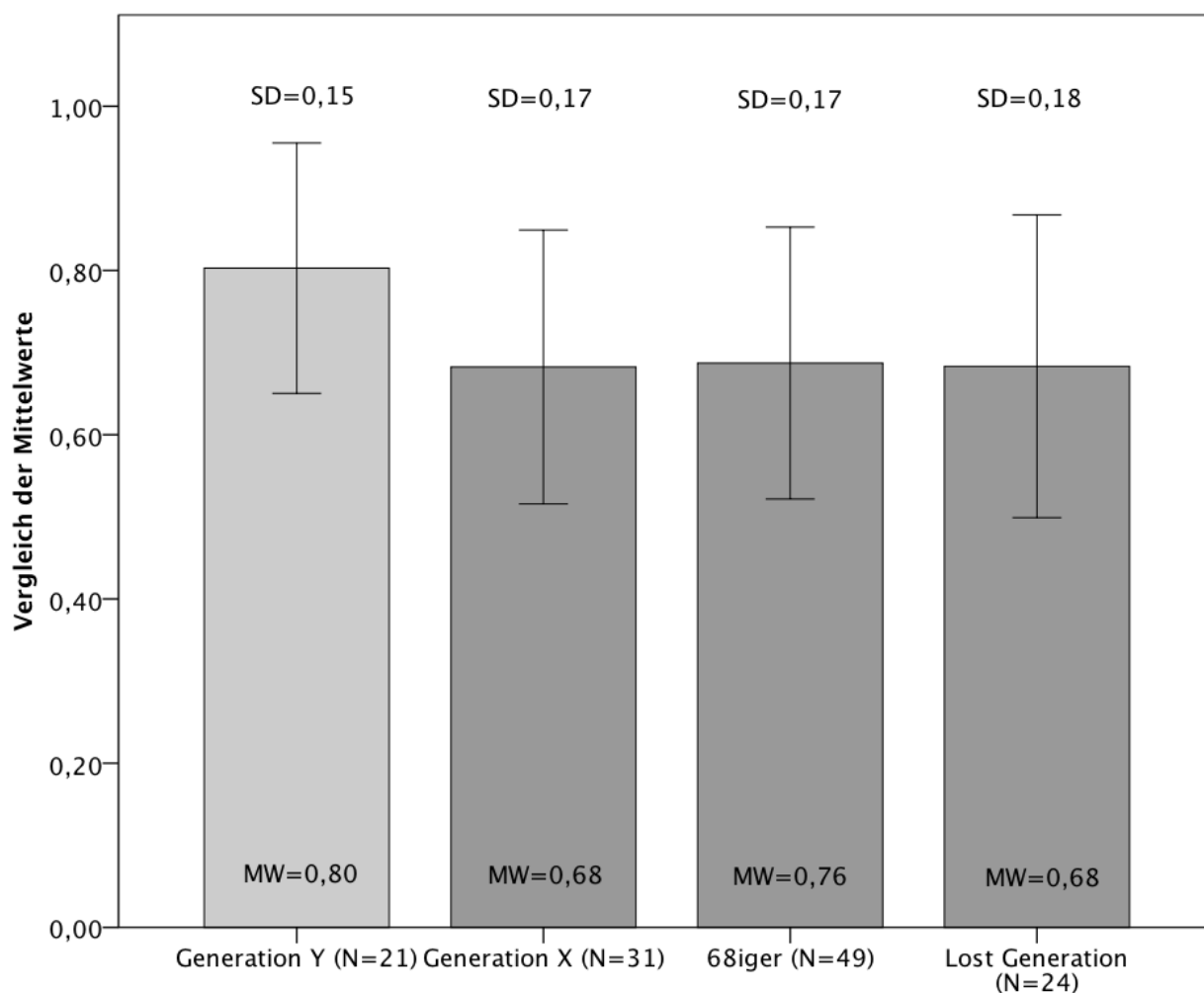


Abbildung 59: Bedeutung von Komfort im Generationenvergleich ($p \leq 0,05$)

Der Vergleich der Generation Y mit der 68er Generation zeigt auch hier, dass die Millennials dem Komfortaspekt eine deutlich größere Bedeutung beimessen ($p=0,008$; $T=2,731$; vgl. Abb. 59). Es besteht nach der Bonferroni-Korrektur jedoch kein signifikanter Unterschied.

Weiterhin wird erkennbar, dass die 68er deutlich zufriedener mit dem Kontakt während des Krankenhausaufenthalts sind ($p=0,03$; $T=-2,228$), wobei auch hier bei korrigiertem Signifikanzniveau nicht von einem signifikanten Unterschied gesprochen werden kann (Abb. 60).

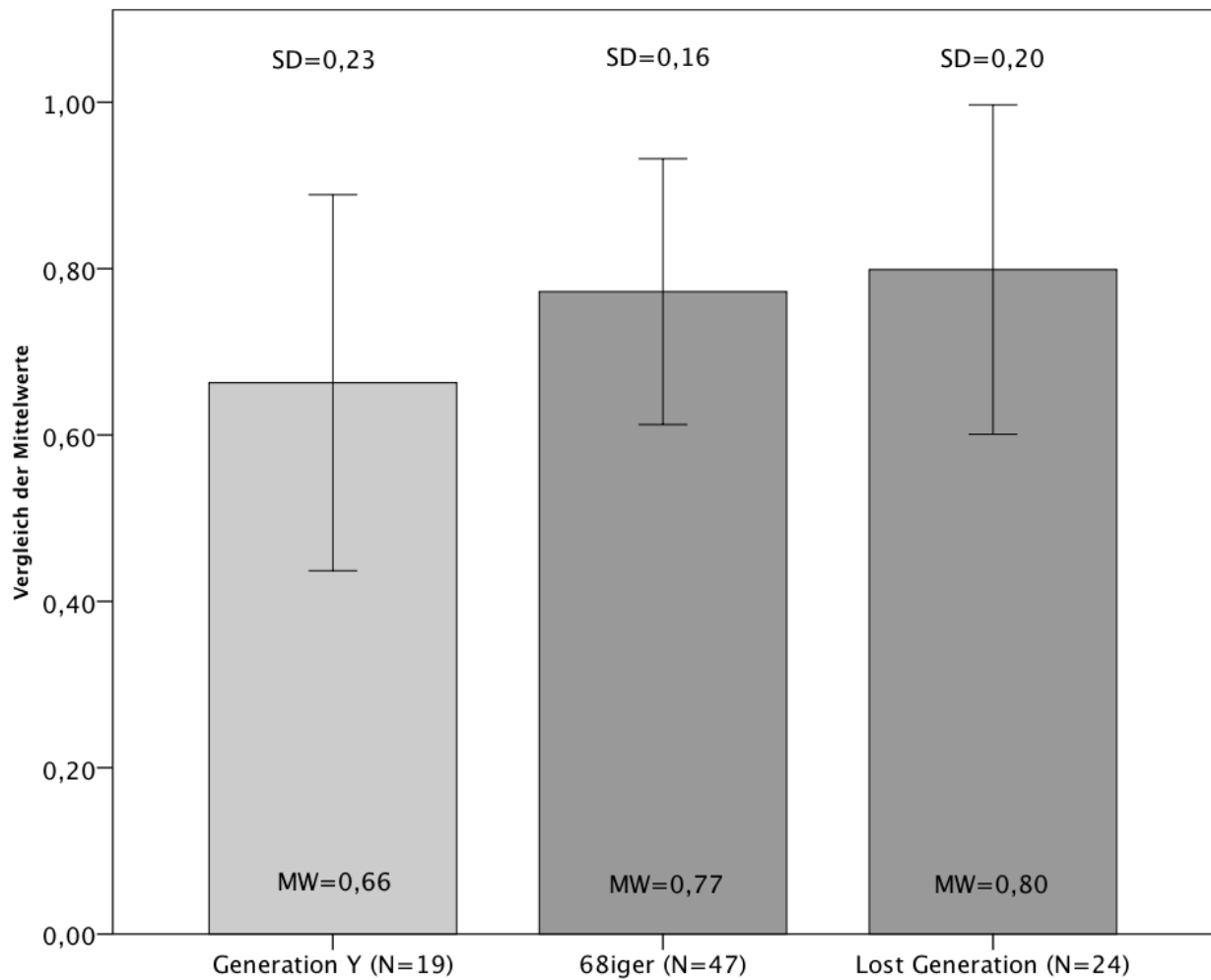


Abbildung 60: Zufriedenheit mit Kommunikation / Kontakt im Generationenvergleich ($p \leq 0,05$)

Im Vergleich mit den Angehörigen der Lost Generation wird erneut erkennbar, dass die Generation Y deutlich (aber nicht signifikant) mehr Wert auf Komfort während des Krankenhausaufenthalts legt ($p=0,02$; $T=2,349$; vgl. Abb. 59).

Darüber hinaus ist die Lost Generation deutlich zufriedener mit der im Krankenhaus erhaltenen Information ($p=0,03$; $T=-2,205$; vgl. Abb. 61) und dem Aspekt des Kontakts ($p=0,04$; $T=-2,102$; vgl. Abb. 60). Durch die Bonferroni-Korrektur zeigen sich hier allerdings ebenfalls keine signifikanten Unterschiede.

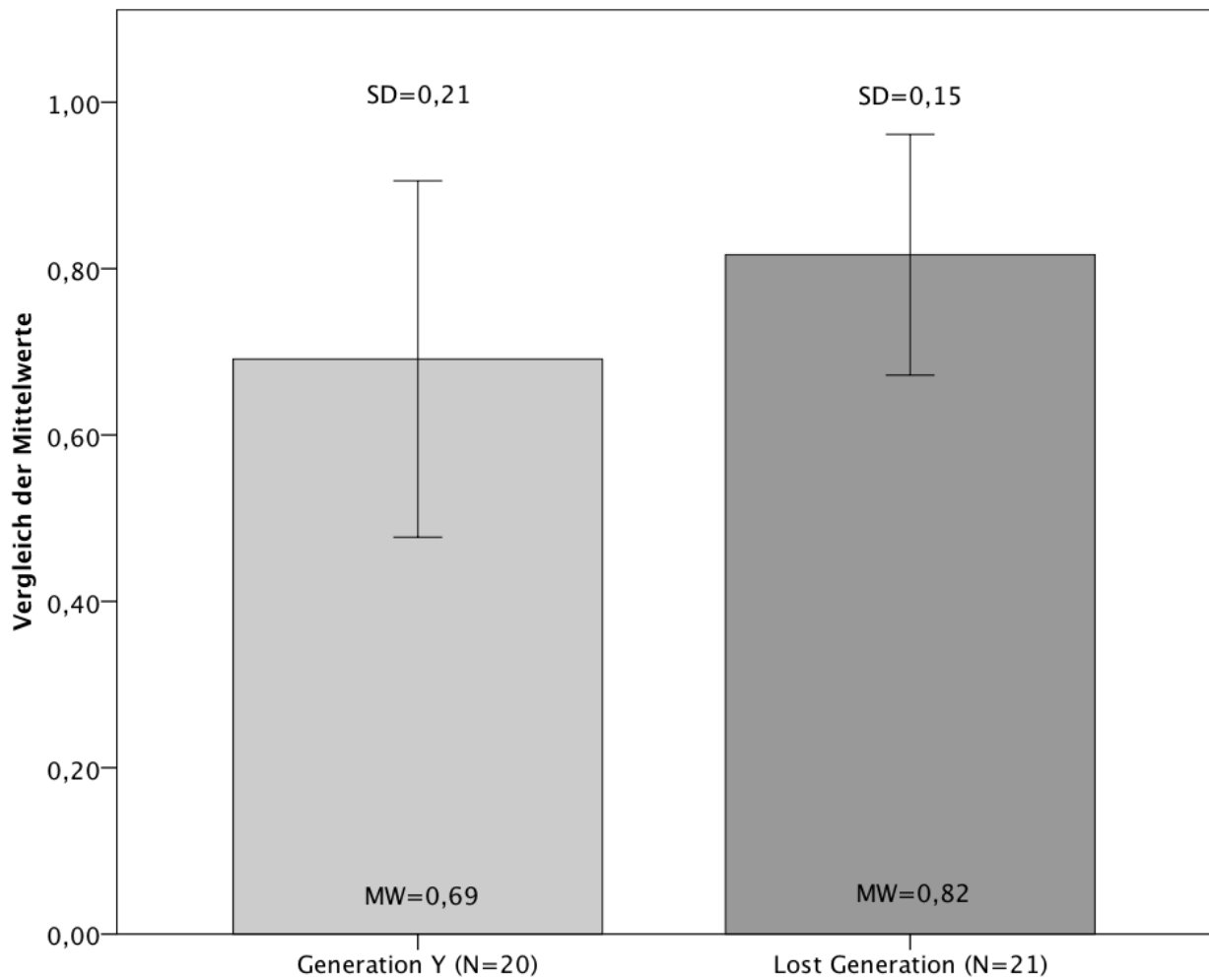


Abbildung 61: Zufriedenheit mit Information im Generationenvergleich ($p \leq 0,05$)

Analyse der Generation X

Zur Generation X gehörten 33 Patienten.

Sowohl die Information (MW 0,84 SD 0,1), als auch die Beteiligung im Krankenhaus (MW 0,87 SD 0,09) und der Kontaktaspekt (MW 0,82 SD 0,13) sind der Generation X sehr wichtig. Einzig der Aspekt des Komforts wird als etwas unbedeutender gewertet (MW 0,68 SD 0,17).

Hinsichtlich der Zufriedenheit mit den unterschiedlichen Punkten ergeben sich Mittelwerte im Bereich von 0,70 (Information 0,72 SD 0,20; Beteiligung 0,71 SD 0,16; Komfort 0,67 SD 0,18; Kontakt 0,73 SD 0,17).

Im Vergleich mit den anderen Generationen

Ein deutlicher (nach Bonferroni-Korrektur jedoch kein signifikanter) Unterschied zeigt sich im Vergleich mit den Babyboomern hinsichtlich der Bedeutung des Aspekts Information sowie bei

der Bedeutung des Kontaktaspekts während des Krankenhausaufenthalts. Den Babyboomern ist sowohl die Information, als auch der Kontakt deutlich wichtiger als der Generation X (Information $p=0,049$ $T=-1,998$; Kontakt $p=0,046$ $T=-2,027$; vgl. Abb. 62).

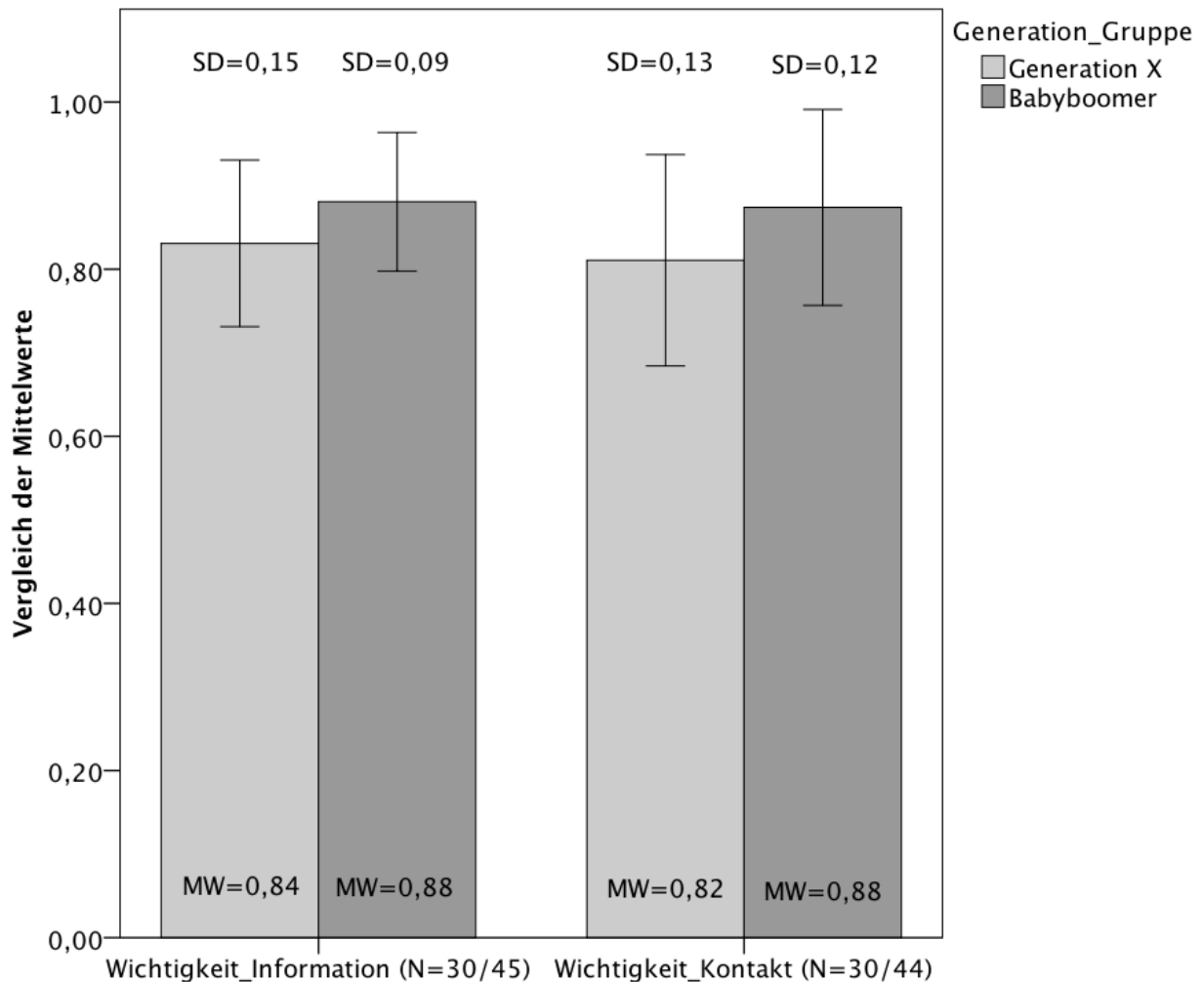


Abbildung 62: Wichtigkeit von Information und Kommunikation / Kontakt im Generationenvergleich ($p \leq 0,05$)

Im Vergleich mit der Lost Generation ergibt sich ein deutlicher, nicht aber signifikanter Unterschied bei der Zufriedenheit mit dem Komfort im Krankenhaus. Die Angehörigen der Lost Generation sind zufriedener mit dem Komfort im Krankenhaus ($p=0,04$; $T=-2,140$; vgl. Abb. 63).

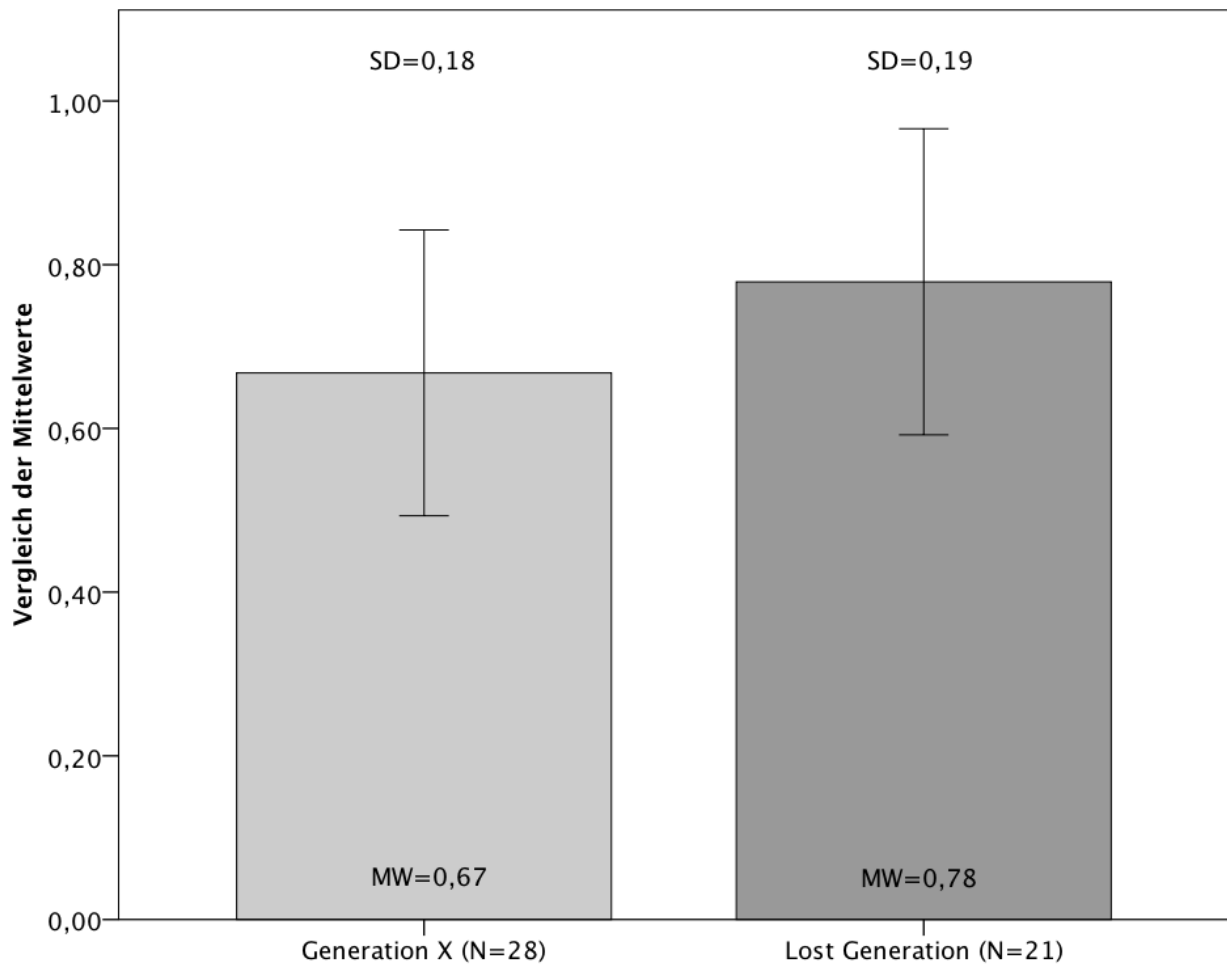


Abbildung 63: Zufriedenheit mit Komfort im Generationenvergleich ($p \leq 0,05$)

Analyse der Babyboomer

49 der Patienten gehören zur Generation der Babyboomer. Auch den Angehörigen dieser Generation sind die Aspekte Information (MW 0,88 SD 0,08), Beteiligung (MW 0,90 SD 0,07), Komfort (MW 0,76 SD 0,17) und Kontakt (MW 0,88 SD 0,12) während des Krankenhausaufenthalts sehr wichtig.

Bezüglich der Zufriedenheit mit den Aspekten ergeben sich auch bei dieser Generation Mittelwerte im Bereich von 0,7 (Information 0,72 SD 0,19; Beteiligung 0,70 SD 0,15; Komfort 0,74 SD 0,20; Kontakt 0,77 SD 0,20).

Im Vergleich mit den anderen Generationen

Im Vergleich mit der 68er-Generation ergibt sich ein deutlicher Unterschied bei dem Aspekt Komfort. Den Babyboomern ist der Komfort im Krankenhaus wichtiger als den 68ern ($p=0,047$;

T=2,013; vgl. Abb. 64). Auch hier wird der Unterschied nach Bonferroni-Korrektur nicht mehr als signifikant beschrieben.

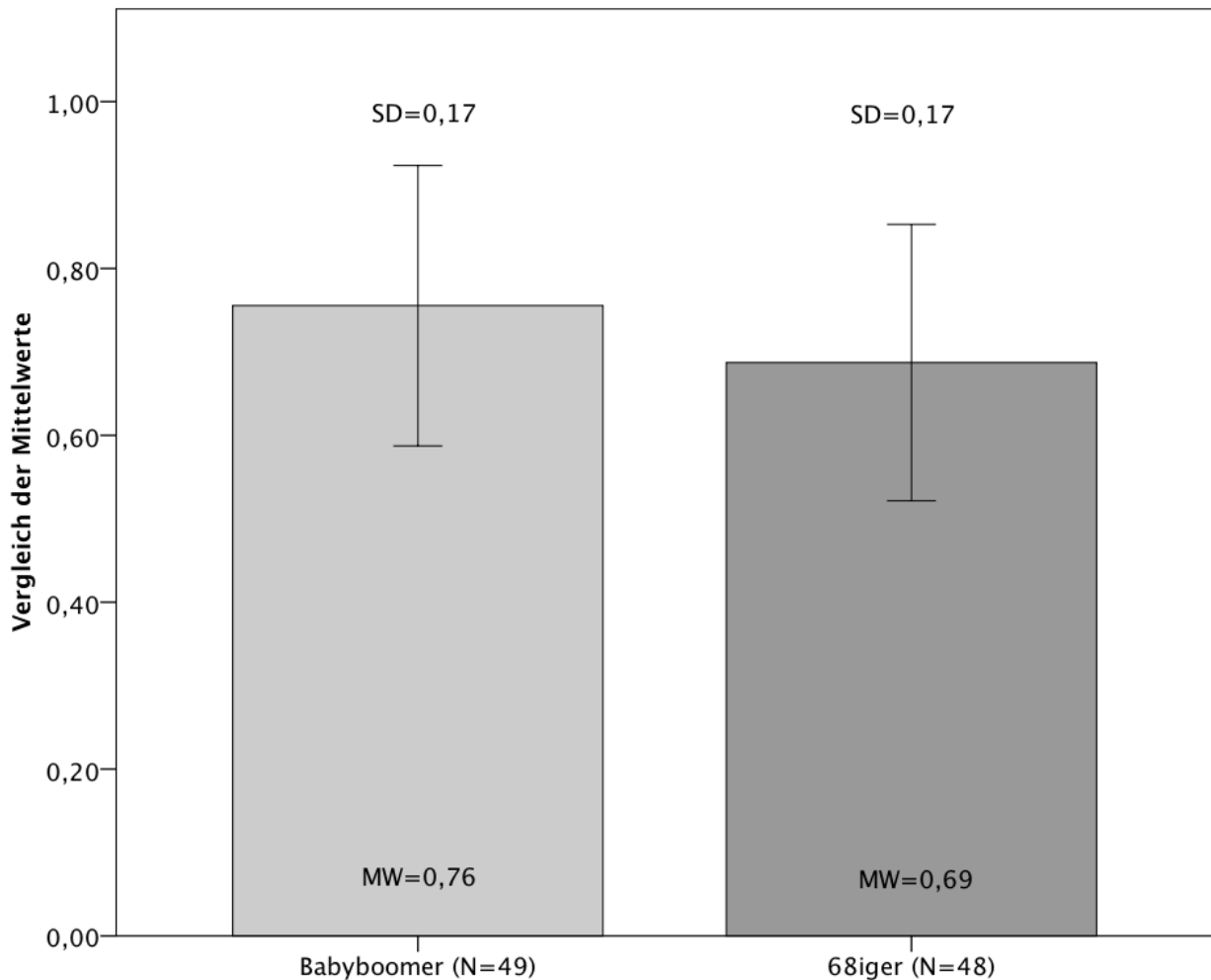


Abbildung 64: Bedeutung von Komfort im Generationenvergleich ($p \leq 0,05$)

Analyse der 68iger und der Lost Generation

Den Angehörigen der 68iger-Generation (53 Patienten) sind die Information (MW 0,87 SD 0,10), die Beteiligung (MW 0,9 SD 0,09) und der Kontakt (MW 0,84 SD 0,14) während des Krankenhausaufenthalts sehr wichtig. Der Aspekt des Komforts hat die geringste Bedeutung: der Mittelwert beträgt hier 0,69 (SD 0,17).

Die Mittelwerte der Zufriedenheit mit diesen Aspekten liegen zwischen 0,71 und 0,77 (MW Information 0,75 SD 0,17; MW Beteiligung 0,75 SD 0,17; MW Komfort 0,71 SD 0,17; MW Kontakt 0,77 SD 0,16).

Auch den während des Zweiten Weltkriegs Aufgewachsenen (31 Patienten) sind die Aspekte Information (MW 0,86 SD 0,11), Beteiligung (MW 0,88 SD 0,13) und Kontakt (MW 0,88 SD 0,11)

sehr wichtig. Der Komfortaspekt ist auch bei dieser Generation im Vergleich weniger bedeutsam (MW 0,68 SD 0,18).

Die Mittelwerte der Zufriedenheit liegen zwischen 0,76 und 0,82 (Information 0,82 SD 0,15; Beteiligung 0,76 SD 0,13; Komfort 0,78 SD 0,19; Kontakt 0,80 SD 0,20).

PZI – Verlauf nach Generationen

In Abbildung 63 sind die PZI für die einzelnen Komponenten anhand der verschiedenen Generationen dargestellt. Deutlich wird, dass mit zunehmendem Alter der Befragten die PZI höhere Werte erreichen. Die Lost Generation erreicht die höchsten PZI-Werte (Information 0,95; Beteiligung 0,87; Komfort 1,14; Kontakt 0,91), gefolgt von der Generation der 68er (Information 0,87; Beteiligung 0,84; Komfort 1,03; Kontakt 0,92).

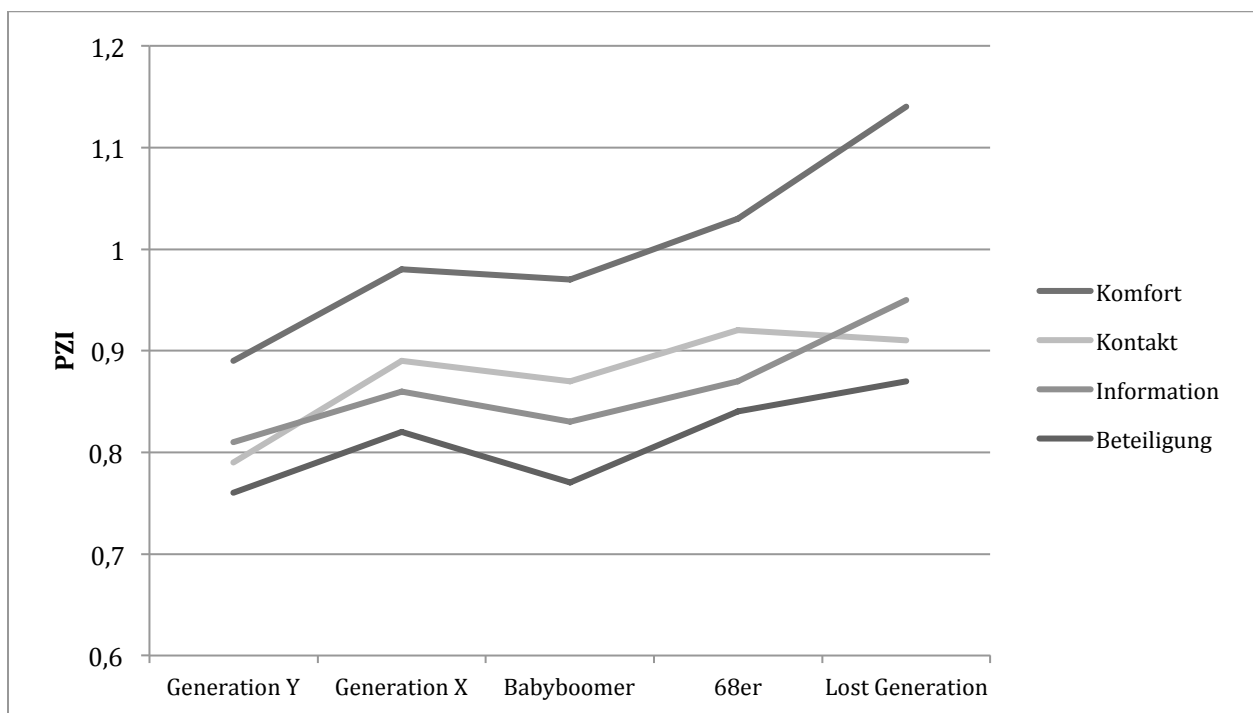


Abbildung 65: PZI im Vergleich der Generationen

Die Generation Y zeigt im Vergleich die niedrigsten PZI (Information 0,81; Beteiligung 0,76; Komfort 0,89; Kontakt 0,79). Die PZI der Babyboomer sind etwas höher (Information 0,83; Beteiligung 0,77; Komfort 0,97; Kontakt 0,87) und bilden den vorletzten Platz. Einzig die Generation X passt nicht exakt in den Verlauf der Alterskurve (Information 0,86; Beteiligung 0,82; Komfort 0,98; Kontakt 0,89). Die PZI-Werte liegen im mittleren Bereich, was den Anstieg zwischen Generation Y und Generation X sowie den Abfall von Generation X zu der Kohorte der Babyboomer erklärt.

3.5.3 Analyse vor dem Hintergrund von Vorerkrankungen

Vergleichbar mit der Einteilung anhand des Alters kann man die Patienten auch anhand der Vorerkrankungen einteilen: Eine Gruppe, die keine Vorerkrankungen angibt (74 Patienten) und eine Gruppe, die zusätzlich zu der Erkrankung, die den Krankenhausaufenthalt notwendig macht, noch weitere Erkrankungen vorweist (108 Patienten).

Die Analyse der Wichtigkeit zeigt vor diesem Hintergrund, dass den Patient ohne relevante Vorerkrankungen die Information (MW 0,88 SD 0,10) und der Komfort (MW 0,75 SD 0,17) wichtiger sind als den Patienten mit Vorerkrankungen (MW Information 0,86 SD 0,10; MW Komfort 0,69 SD 0,17).

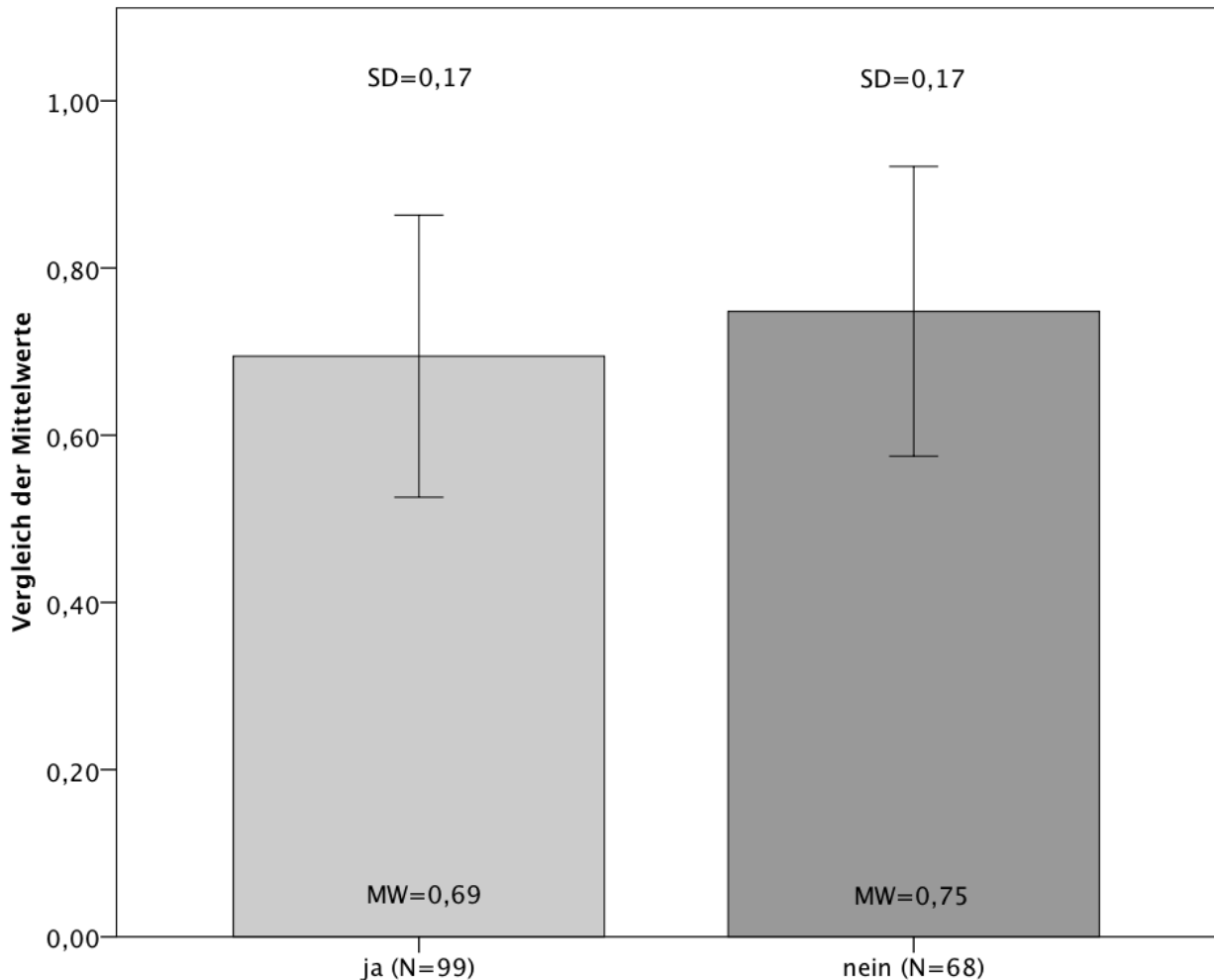


Abbildung 66: Vergleich der Bedeutung von Komfort bei Vorerkrankungen / ohne Vorerkrankungen

Im Gegensatz dazu ist der Patientengruppe mit Vorerkrankungen die eigene Beteiligung (MW 0,89 SD 0,09) während des Krankenhausaufenthalts sowie der Aspekt Kontakt (MW 0,86 SD

0,12) wichtiger als den Patienten ohne Vorerkrankungen (MW Beteiligung 0,88 SD 0,10; MW Kontakt 0,84 SD 0,13). Es bestehen keine signifikanten Unterschiede. Ein deutlicher (nach Bonferroni-Korrektur jedoch nicht signifikanter) Unterschied zeigt sich allerdings bezüglich des Komfortaspekts ($p=0,048$ $T=-1,994$; vgl. Abb. 66).

Die Rangfolge betrachtet ist die Beteiligung am bedeutsamsten für beide Patientengruppen (Rang 1) und der Komfortaspekt am unwichtigsten (Rang 4; vgl. Abb. 67).

Bezüglich der Zufriedenheit zeigt sich, dass Patienten ohne Vorerkrankungen zufriedener mit der Information (keine Vorerkrankungen: MW 0,75 SD 0,20; Vorerkrankungen: MW 0,74 SD 0,18), dem Komfort (keine Vorerkrankungen: MW 0,74 SD 0,19; Vorerkrankungen: 0,71 SD 0,18) und dem Kontakt (keine Vorerkrankungen: MW 0,76 SD 0,18; Vorerkrankungen: MW 0,75 SD 0,19) sind, ein signifikanter oder deutlicher Unterschied besteht allerdings nicht. Die Patienten mit Vorerkrankungen sind zufriedener mit der Beteiligung (Vorerkrankungen: MW 0,73 SD 0,15; keine Vorerkrankungen: MW 0,71 SD 0,15). Auch diesbezüglich zeigt sich allerdings weder ein signifikanter noch ein deutlicher Unterschied. Die Rangfolge der Zufriedenheiten ist bei beiden Patientengruppen nahezu identisch, die Patienten ohne Vorerkrankungen sind mit dem Komfort (Rang 3) im Vergleich zur Beteiligung (Rang 4) zufriedener als die Patienten mit Vorerkrankungen, hier belegt der Komfortaspekt den letzten Rangplatz nach der Beteiligung (Rang 3; vgl. Abb. 67).

Die Rangfolge der PZI zeigt keinen Unterschied zwischen den Patienten mit Vorerkrankungen und den Patienten ohne Vorerkrankungen. Der PZI des Komfortaspekts zeigt bei den Patienten mit Vorerkrankungen den höchsten Wert (1,02), auch bei den nicht vorerkrankten Patienten ist dieser Wert sehr hoch, ein Wert über 1 wird jedoch nicht erreicht (0,99). Der PZI der Beteiligung hat den niedrigsten Wert. Bei den Patienten mit Vorerkrankungen beträgt der PZI 0,82, bei der Patientengruppe ohne Vorerkrankungen ergibt sich ein PZI von 0,81 (Abb. 67 und 68).

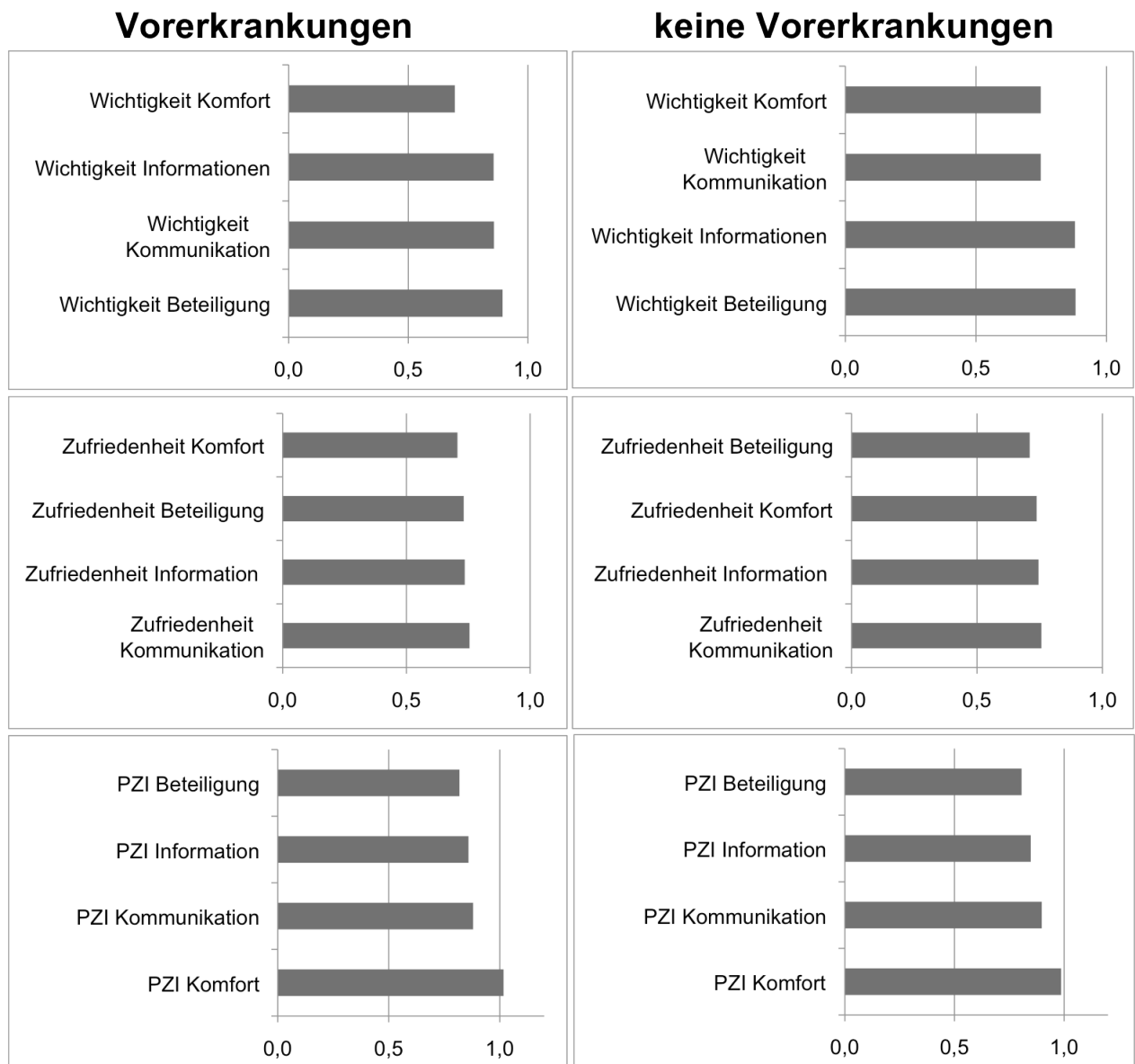


Abbildung 67: Rangfolge der PZI Faktoren und der PZI (Vergleich der Patienten mit und ohne Vorerkrankungen) – Vergleich der Mittelwerte auf der Abszisse

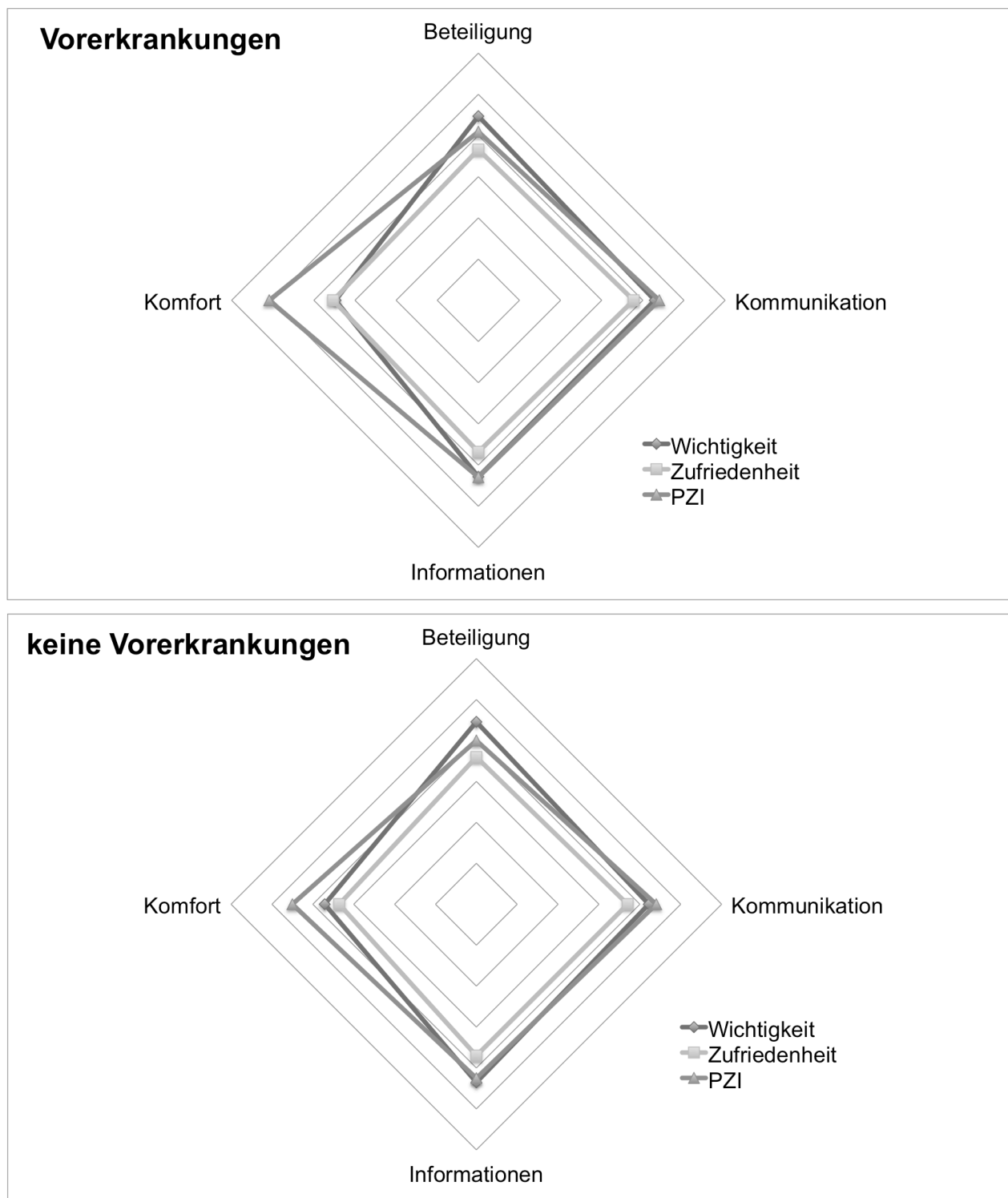


Abbildung 68: Vergleich der PZI Komponenten bei Vorerkrankungen / ohne Vorerkrankungen

3.5.4 Analyse vor dem Hintergrund der Aufenthaltslänge im Krankenhaus

Die Patienten werden anhand der angegebenen Aufenthaltsdauer im Krankenhaus in zwei Gruppen eingeteilt: Die erste Patientengruppe (145 Patienten) hat einen Krankenhausaufenthalt von bis zu 14 Tagen und die zweite Patientengruppe (31 Patienten) einen stationären Krankenhausaufenthalt von mehr als 14 Tagen.

aufenthalt von über 14 Tagen vorzuweisen. Analysiert man die Punkte Information, Beteiligung, Komfort und Kontakt vor dem Hintergrund der Aufenthaltslänge im Krankenhaus ergeben sich weder bezüglich der Bedeutung noch bezüglich der Zufriedenheit mit diesen Aspekten signifikante oder deutliche Unterschiede zwischen den beiden Patientengruppen.

Bei den Patienten, die länger als zwei Wochen im Krankenhaus liegen, ist die Rangfolge betrachtet der Aspekt des Kontakt (MW 0,88 SD 0,11) am wichtigsten, gefolgt von der Beteiligung während des Krankenhausaufenthalts (MW 0,87 SD 0,11) und der Information (MW 0,86 SD 0,11). Der Komfortaspekt ist mit einem Mittelwert von 0,73 (SD 0,18) im Vergleich zu den anderen Punkten am unwichtigsten (Abb. 69).

Den Patienten, die höchstens zwei Wochen im Krankenhaus liegen sind (die Rangfolge betrachtet) die Beteiligung (0,89 SD 0,09) und die Information (0,86 SD 0,10) am wichtigsten, auf Rang 3 folgt der Kontaktspekt (0,84 SD 0,13) und auch bei dieser Patientengruppe ist der Komfort am unwichtigsten (MW 0,71 SD 0,17; vgl. Abb. 69)

Analysiert man die Rangfolge der Zufriedenheit mit diesen Punkten bei den Patientengruppen, ergibt sich eine fast identische Rangfolge. Beide Patientengruppen sind mit dem Kontaktspekt (Rang 1; bis 14 Tage: MW 0,75 SD 0,19; > 14 Tage: MW 0,76 SD 0,21) und der erhaltenen Information am zufriedensten (Rang 2; bis 14 Tage: MW 0,74 SD 0,19; > 14 Tage: MW 0,75 SD 0,20). Die Patienten, die über zwei Wochen im Krankenhaus liegen sind mit der Beteiligung (Rang 3; MW 0,71 SD 0,15) zufriedener als mit dem Komfort im Krankenhaus (Rang 4; MW 0,66 SD 0,20). Die umgekehrte Rangfolge ergibt sich bei den Patienten, die bis zu 14 Tage im Krankenhaus behandelt werden (MW Komfort 0,73 SD 0,18; MW Beteiligung 0,71 SD 0,16; vgl. Abb. 69).

Die Rangfolge der PZI ist bei beiden Patientenkohorten gleich. In den Abbildungen 69 und 70 wird ersichtlich, dass sich bei den Patienten mit stationärem Aufenthalt bis zu 14 Tagen bezüglich des Komfortaspekts PZI-Werte von über 1 (1,02) ergeben. Auch bei den Patienten mit längerem Krankenhausaufenthalt erreicht der PZI des Komfortaspekts einen hohen Wert (0,90). Die PZI-Werte der Beteiligung bilden den letzten Rang (bis 14 Tage: PZI 0,79; >14 Tage: PZI 0,82).

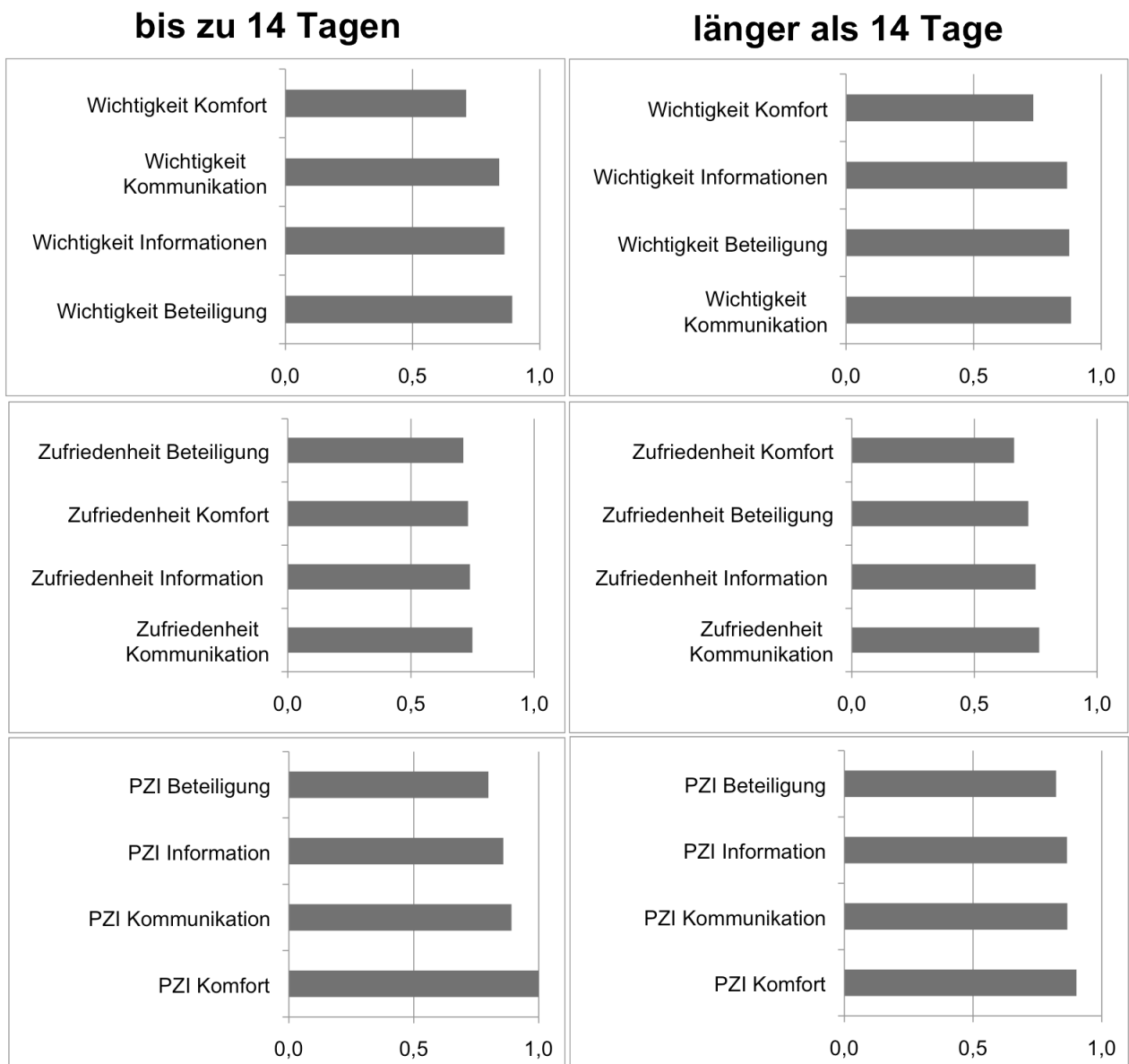


Abbildung 69: Rangfolge der PZI Faktoren und der PZI (Vergleich der Patienten anhand der Aufenthaltslänge) – Vergleich der Mittelwerte auf der Abszisse

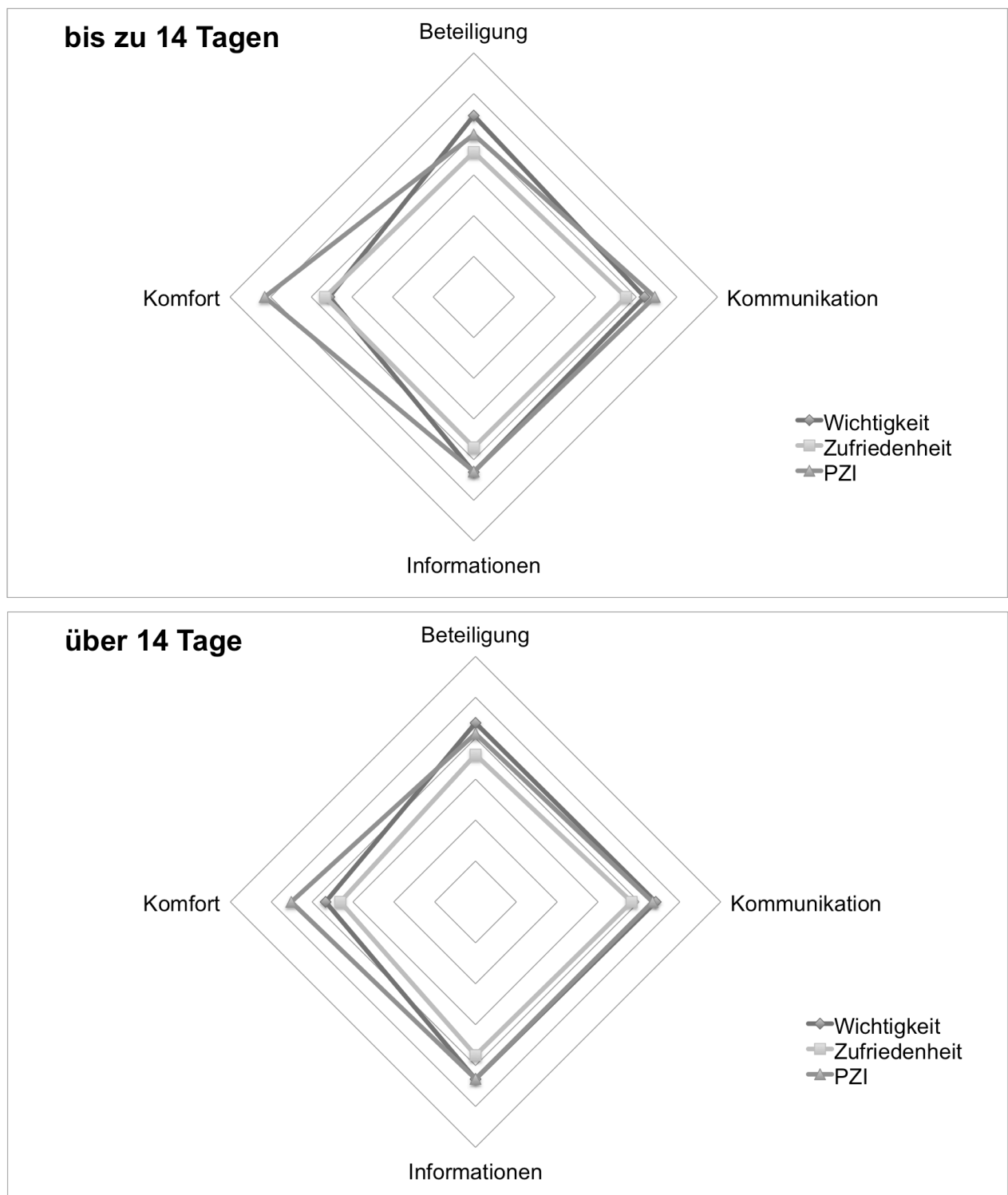


Abbildung 70: Vergleich der PZI Komponenten anhand der Aufenthaltslänge

4. Diskussion

In der vorliegenden Arbeit wurde die Sicht der Patienten auf verschiedene Aspekte eines Krankenhausaufenthaltes ausgewertet. Es wurden sogenannte Service-Leistungen wie die Verpflegung und das Unterhaltungsangebot bewertet, welche die „räumlich-technische Versorgungsqualität“ als eine Dimension der Patientenzufriedenheit beschreiben.

Andererseits wurde die Informationsqualität der Patienten analysiert, der Wissensstand über die Erkrankung, die Folgen der Erkrankung, die Untersuchungsergebnisse, das Vorgehen bei der Operation und die Krankheitsvorbeugung. Zusammen mit der menschlichen Zuwendung, dem Therapiemiteinbezug der Patienten, der Privatsphäre sowie der Fehleransprache und Fehlervermeidung repräsentieren diese die Dimension der „psychosozialen Versorgungsqualität“.

Der Kontakt zu Ärzten beziehungsweise der Kontakt zum Pflegepersonal wird der Dimension der „Versorgungskontinuität“ zugeordnet.

Die „technische Versorgungsqualität“ als weitere Dimension der Patientenzufriedenheit wird durch den PZI der medizinischen Versorgung beschrieben.

Die einzelnen Aspekte werden mittels eines Patientenzufriedenheitsindex (PZI) bewertet. Dieser Index stellt das Verhältnis zwischen der Zufriedenheit des Patienten mit einem Aspekt und dessen Bedeutung für den Patienten dar.

Grundsätzlich behandelt der entwickelte Fragebogen die Frage nach für den Patienten wichtigen Aspekten während des Krankenhausaufenthalts und Qualitätskriterien, die daraus abgeleitet werden können.

Der zweite im Fragebogen untersuchte Themenkomplex ist die Patientenbeteiligung im Krankenhaus. Inwiefern sind die Patienten bereit, beziehungsweise wünschen sie sich an ihrer Behandlung mitzuwirken, einbezogen zu werden und inwieweit fordern sie Mitspracherecht? Dies wird mit der Frage nach dem Gefühl der Mitverantwortlichkeit für ein gutes Gelingen bei der Behandlung untersucht. Außerdem gehören die Fragen nach der Krankheitsvorbeugung und dem Miteinbezug in die Therapieplanung sowie die Therapieentscheidungsfindung zu diesem Thema. Dies gilt weiterhin für Fragen nach eventuell vorhandener Überforderung in bestimmten Situationen oder Bevormundung durch Ärzte.

Die Fragen nach der Kenntnis der einzunehmenden Tabletten wie auch dem Mut störende Dinge bei Ärzten und Pflegepersonal anzumerken sowie der Frage danach, ob die Patienten bereit sind

aktiv an der Fehlervermeidung mitzuwirken, sollen ebenfalls helfen zu analysieren, was den heutigen Krankenhauspatienten und sein Engagement charakterisiert.

In diesem Zusammenhang ist es interessant ein Universitätsklinikum als öffentliche Einrichtung mit einem Krankenhaus der Regelversorgung zu vergleichen und zu untersuchen, ob sich die Patienten der zwei Krankenhäuser sowohl bezüglich ihrer Einstellung zum Engagement bei der Behandlung als auch bezüglich ihrer Ansprüche an eine Versorgung im Krankenhaus unterscheiden. Weiterhin wird untersucht, ob sich zwischen den Krankenhäusern signifikante oder deutliche Unterschiede bei der Versorgung zeigen (Busse et al., 2009) sowie ob eine Veränderung des traditionellen Patientenbildes, welches eher paternalistisch orientiert ist, erkennbar wird (Pöppel, 2008).

Die Untersuchung der Auswirkungen von Vorerkrankungen, Krankenhausaufenthaltsdauer und Alter auf die Patientenwünsche und die Zufriedenheit mit der Krankenhausleistung ist vor dem Hintergrund der aktuellen Entwicklungen im Gesundheitssystem und dem zunehmenden Druck auf die Krankenhäuser interessant. Signifikante beziehungsweise deutliche Punkte, die sich herauskristallisieren, können zur Patientenrekrutierung dienen (Schwarz, 2006).

Besonders seit Einführung der DRG 2004 wird immer wieder im Zusammenhang mit einer Technisierung der Medizin der Vorwurf eines Qualitätsverlustes laut (Sens et al., 2010).

4.1 Patientenrekrutierung

Die niedergelassenen Ärzte übernehmen bei der Krankenhauswahl eine wichtige Rolle als Berater für die Patienten, speziell bei elektiven Eingriffen und planbaren konservativen Behandlungen (Braun, 1997). Dabei spielen sie eine nicht zu unterschätzende Rolle für den ökonomischen Erfolg der Krankenhäuser (Braun, 1994). Grundsätzlich sind die niedergelassenen Ärzte wichtige Faktoren bei der Entscheidung der Patienten für ein Krankenhaus, da sie diesbezüglich Empfehlungen aussprechen und gezielt bestimmte Kliniken vorschlagen können (Braun et al., 1996). Die Auswertung der Fragebögen bestätigt die Bedeutung der Empfehlung des Hausarztes für die Krankenhauswahl (53 % der Patienten am JKH und 49 % der Patienten am UKB gaben an, dass der Hausarzt der ausschlaggebende Faktor für die Krankenhauswahl war, vgl. Abb. 39).

Ferner ist der Aspekt der Weiterempfehlung durch schon behandelte zufriedene Patienten zu nennen. Die Erfahrungen und das Erlebte werden kommuniziert (Homburg und Rudolph, 1998). Dies ist glaubwürdiger als andere Kommunikationsmaßnahmen, da der Erzählende den Vorfall selbst erlebt hat und keinerlei eigennützige Zwecke verfolgt (Stauss und Seidel, 2007). Erwähnenswert ist, dass sich das Kommunikationsverhalten von Unzufriedenen und Zufriedenen unterscheidet;

während Unzufriedene je nach Problemschwere mit 10 bis 16 Personen über negative Erfahrungen sprechen, vertrauen sich zufriedene Personen nur 5 bis 10 Personen an. Diese Personen verlassen sich auf die erhaltene Information und vertrauen auf die gute Erfahrung (Goodmann et al., 1987). Genau dieser Punkt wird in der Auswertung der Bögen ersichtlich. Nach der Empfehlung durch den Hausarzt, als kompetentem medizinischen Berater stellen die Empfehlungen von Bekannten / Freunden und Familie (JKH 48 %; UKB 36 %) und der gute Ruf der Abteilung (JKH 52 %; UKB 34 %) die wichtigsten Gründe für die Wahl des Krankenhauses dar, sowohl am UKB als auch am JKH (Abb. 39).

4.2 Patientenerwartungen im Krankenhaus

Interessanterweise unterschieden sich die zwei Patientengruppen hinsichtlich der für sie im Krankenhaus wichtigen Punkte nicht. Bezüglich der Wichtigkeit gab es in keiner der abgefragten Kategorien signifikante oder deutliche Unterschiede zwischen den beiden Krankenhäusern. Die medizinische Versorgung stand bei beiden Patientengruppen an erster Stelle und war folglich ausschlaggebend für die Krankenhauswahl. Die Analyse der Rangfolge der einzelnen Aspekte zeigte neben vielen Übereinstimmungen auch vereinzelt Unterschiede zwischen den beiden Krankenhäusern. Wichtig waren den Patienten die Information über Untersuchungsergebnisse, Erkrankungsfolgen und der Miteinbezug bei der Therapie sowie Informationen über die zukünftige Krankheitsvorbeugung. In der Rangfolge belegten diese Aspekte die ersten fünf Plätze an beiden Krankenhäusern. Auffallend ist hierbei, dass für beide Patientengruppen die Teilnahme an der Therapie eine große Bedeutung hat. Die offene Ansprache von Fehlern und der eigene Beitrag zur Fehlervermeidung sind den Patienten des UKB, die Rangfolge betrachtet, noch ein wenig wichtiger als den Patienten des JKH (Rangplätze 6 und 7 UKB und 8 und 9 JKH). Am JKH ist hingegen die menschliche Zuwendung bedeutsamer (Rang 6) als am UKB. Den Patienten des UKB ist es wichtiger über das Vorgehen bei der Operation und mögliche Gründe ihrer Erkrankung informiert zu sein (Abb. 41).

In beiden Krankenhäusern sind vergleichbar mit den oberen Rangplätzen auch die unteren vier Rangplätze identisch belegt. Die geringste Wichtigkeit hat die Unterhaltung und Ablenkung während des Krankenhausaufenthalts. Weiterhin untergeordnete Bedeutung haben die Verpflegung, die unerfüllten Bedürfnisse und die Informationsangebote während des Krankenhausaufenthalts (Abb. 41).

Analysiert man die Antworten der Fragebögen vor dem Hintergrund der Qualitätsdefinition Donabedians wird deutlich, dass die strukturelle Qualität entscheidend für die Wahl des Krankenhauses ist. Gekennzeichnet ist diese durch die Fachkompetenz des medizinischen Personals und die dadurch erwartete medizinische Leistung. Deutlich wird, dass die Qualität der medizinischen Versorgung von den Patienten positiv bewertet wird. In der Rangfolge der Zufriedenheiten ist die Zufriedenheit der Patienten mit der medizinischen Versorgung am größten (Rang 1; vgl. Abb. 42). Sowohl auf der Station, als auch im Operationstrakt und den weiteren Bereichen des Krankenhauses fühlen sie sich gut bis sehr gut betreut (Abb. 31). Es bestätigt sich die Beschreibung von Sens et al. (2010): Qualitätseinbußen in der medizinischen Versorgung, besonders im Zusammenhang mit der Einführung der DRGs befürchtet, sind entweder nicht vorhanden oder werden zumindest nicht wahrgenommen (Sens et al., 2010). Auch die Werte der Patientenzufriedenheitsindices zeigen die hohe Qualität der medizinischen Versorgung, mit Werten die annähernd nicht mehr verbesserungsbedürftig sind (PZI über 0,9; vgl. Abb.43).

Entscheidend ist darüber hinaus die Prozessqualität (vergleichbar mit der psychosozialen Versorgungsqualität), das Eingehen auf den Patienten und die Zuwendung zum Einzelnen, insbesondere bei der Informationsvermittlung und Aufklärung des Patienten. Dieser Aspekt wird in der Frage danach deutlich, was dazu führt, dass sich die Patienten sicher und gut betreut fühlen: Gute professionelle Mitarbeiter und ein freundlicher Umgang mit den Patienten waren sehr wichtig. Daneben wurde als Grund eine ausreichende Aufklärung genannt. Die ausführliche Information durch die Krankenhausmitarbeiter nannten die Patienten ebenfalls als wichtigen Grund für die Sorgenabnahme während des Krankenhausaufenthalts. Im Gegensatz dazu wird unzureichende Offenheit als Grund für eine Sorgenzunahme genannt (Abb. 35).

Menschliche Zuwendung gehört zu jeder therapeutischen Beziehung und ist in erster Linie abhängig von der Einstellung der Mitarbeiter. Angesichts des steigenden wirtschaftlichen Drucks ist es zunehmend schwierig diese Komponente adäquat in den Krankenhausalltag zu integrieren (Schwartz und Angerer, 2010). Die direkte Bewertung der menschlichen Zuwendung bei beiden Patientengruppen zeigt dennoch gute Ergebnisse (Rang 3; vgl. Abb. 42) ohne einen signifikanten oder deutlichen Unterschied. Wobei, wie oben beschrieben, die Rangfolge betrachtet, den Patienten des JKH die menschliche Zuwendung noch wichtiger ist als den Patienten des UKB (Abb. 41). Diese Tatsache könnte mit der Erwartungshaltung der Patienten an ein Krankenhaus mit christlicher Trägerschaft zusammenhängen. Die Vermutung liegt nahe, dass besonders diesen Pa-

tienten die zwischenmenschlichen Aspekte während des Krankenhausaufenthalts wichtig sind. Die Analysen zeigen weiterhin, dass an beiden Krankenhäusern die Bedeutung der menschlichen Zuwendung im direkten Vergleich mit der Bedeutung der medizinischen Versorgung signifikant geringer ist (vgl. Abb. 48 und Abb. 52). Es stellt für die Mitarbeiter eine große Aufgabe dar, sich stetig neu in die behandelten Patienten mit ihren Ängsten, Sorgen und Wünschen hineinzusetzen, sich Zeit zu nehmen und nicht zu vergessen, dass für die Patienten eine absolute Ausnahme-situation besteht, im Gegensatz zu ihnen selbst, für die das Krankenhaugeschehen Alltag ist (Kulbe, 2009).

Dabei sind Mitarbeiter die entscheidenden Faktoren, welche die zwischenmenschlichen Beziehungen bestimmen: Professionelle empathische Mitarbeiter mit den richtigen Kommunikationsmethoden führen zu positiv gestimmten Patienten, die sich gut aufgehoben fühlen (Müncker-Kramer, 2003). Dies fördert die Compliance der Patienten und somit eine zielorientierte Zusammenarbeit mit Ärzten und Pflege (Kulbe, 2009). Die Betrachtung der Rangfolge der Patientenzufriedenheitsindices verdeutlicht, dass die „menschliche Zuwendung“ an beiden Krankenhäusern große Bedeutung bei den Mitarbeitern im Umgang mit den Patienten hat. Die Patienten beider Krankenhäuser sind mit dieser sehr zufrieden (Abb. 42), zwar zeigen sich keine Werte über eins, doch belegt der PZI am UKB Rangplatz fünf und am JKH Rangplatz sieben mit absoluten Werten über 0,90 (Abb. 43).

Besondere Bedeutung hat der Kontaktaspekt (menschliche Zuwendung, Kontakt zu Ärzten und Pflegepersonal) für die Patienten die länger als 14 Tage im Krankenhaus liegen. Hier liegt er auf Rang 1 im Gegensatz zu den Patienten die bis zu 14 Tage im Krankenhaus behandelt werden und denen die Beteiligung während des Krankenhausaufenthalts am wichtigsten ist (Rang 1; vgl. Abb. 69).

Nur etwa ein Drittel der Patienten gab unerfüllte Bedürfnisse in der jeweiligen Klinik an, wobei an beiden Krankenhäusern bei den Patienten der Wunsch nach mehr Privatsphäre am häufigsten geäußert wurde (Abb. 29). Weiterhin wurden Badezimmer auf dem Zimmer sowie speziell am UKB mehr Unterhaltung (nicht alle Zimmer hatten zum Zeitpunkt der Befragung einen Fernseher) und bessere Verpflegung gewünscht.

Bewertet man diese unerfüllten Bedürfnisse vor dem Hintergrund der Frage 15, die sich gezielt mit den Erwartungen bezüglich der Privatsphäre beschäftigt, wird deutlich, dass die Patienten grundsätzlich zufrieden mit dem Respekt ihrer Privatsphäre seitens des Krankenhauspersonals

sind. Im JKH erreicht der Patientenzufriedenheitsindex diesbezüglich einen Wert über eins, womit unterstrichen wird, dass Anspruch und Wirklichkeit mehr als übereinstimmen. In der Rangliste der Patientenzufriedenheitsindices belegt die Zufriedenheit mit der Privatsphäre am JKH Rang 3, am UKB Rang 6 (Abb. 43).

Deutlich wird, dass der Komfort für die Patienten nicht entscheidend ist. Unterhaltung / Ablenkung, Verpflegung, unerfüllte Bedürfnisse, Informationsangebote während des Krankenhausaufenthalts und die eigene Privatsphäre treten in den Hintergrund.

Bezüglich der Unterhaltung und Verpflegung ist zwischen den Krankenhäusern ein deutlicher Qualitätsunterschied zu verzeichnen. Das JKH erreicht bezüglich dieser Aspekte in der Bewertung deutlich bessere Ergebnisse (Unterhaltung: $p=0,01$; bzw Verpflegung: $p=0,023$). Anhand des Patientenzufriedenheitsindex ist jedoch erkennbar, dass eine Verbesserung dieser Punkte nicht so entscheidend ist, da lediglich bei der Verpflegung am UKB kein Index über 1 erreicht wurde (PZI 0,86; vgl. Abb. 37).

Fasst man beim Komfort die einzelnen Komponenten zusammen und vergleicht die Patientenzufriedenheitsindices, wird ersichtlich, dass am JKH der PZI über eins liegt und demnach kein Verbesserungsbedarf besteht. Am UKB ergibt sich mit 0,9 ein PZI-Wert, der ebenfalls im sehr guten Bereich einzuordnen ist (vgl. Abb. 45).

Analysiert man die Bedeutung des Komforts vor dem Hintergrund bestehender Vorerkrankungen, zeigt sich, dass den Patienten ohne Vorerkrankungen der Aspekt des Komforts im Krankenhaus deutlich wichtiger ist als den Patienten mit Vorerkrankungen ($p=0,048$; vgl. Abb. 66). Die Bedeutung des Komforts wird mit etwa 0,75 angegeben. Ein Grund könnte der gute Gesundheitszustand dieser Patienten sein, der dazu führt, dass sich diese Patienten weniger auf die medizinischen Aspekte während des Krankenhausaufenthalts konzentrieren, wenn ihre Genesung komplikationslos und unkompliziert verläuft und somit auf die räumlich-technische Versorgungsqualität besonderen Wert legen.

Die Patientenzufriedenheitsindices verdeutlichen jedoch auch bei dieser Untersuchung, dass eine Verbesserung des Komforts unter der Berücksichtigung der Vorerkrankungen nicht so entscheidend ist, da der Index bei den vorerkrankten Patienten über eins und bei den Patienten ohne Vorerkrankungen nahezu bei eins liegt (PZI 0,98; vgl. Abb. 67).

Die Analyse des Komfortaspekts anhand der Zuordnung der Patienten zu den unterschiedlichen Generationen zeigt, dass den jüngeren Patienten, die der Generation Y zugeordnet werden (0-30 Jahre) sowie den Babyboomern (45-55 Jahre) der Komfortaspekt während des Krankenhausaufenthalts deutlich wichtiger ist als der 68er Generation (Abb. 64) und den Angehörigen der Lost Generation (über 70 Jahre). Auch im Vergleich der Generation Y mit der Generation X (31-44 Jahre) zeigt sich, dass der jüngeren Generation der Komfort im Krankenhaus deutlich wichtiger ist (Abb. 59). Die vorliegenden Ergebnisse decken sich mit Untersuchungen sowohl über die Generation Y, deren Angehörigen als anspruchsvoll und fordernd beschrieben werden (Buchhorn und Werle, 2011) als auch über die Generation der Babyboomer, die als qualitätsbewusst und luxusaffin gelten (Stocker, 2008). Im Gegensatz dazu stehen die genügsameren Kohorten der 68er (Borowsky et al., 2008) und der Generation X (Bartels, 2002). Trotzdem erreichen alle Kohorten hohe PZI im Hinblick auf den Komfort (Generation Y PZI 0,89; Baby-Boomer PZI 0,97; vgl. Abb. 65).

4.3 Verbesserungsbedarf

Trotz der positiven Resultate des Fragebogens gibt es Aspekte, die Verbesserungspotenzial bieten. Besonders deutlich ist dies anhand des Umgangs mit Fehlern zu erkennen: Die Patienten beider Krankenhäuser wünschen sich einen offeneren Umgang mit aufgetretenen Fehlern (Abb. 27). Weiterhin möchten sie selbst mehr zur Fehlervermeidung im Krankenhaus beitragen (Abb. 26). Die Differenz zwischen der Bedeutung der Aspekte für die Patienten und der Zufriedenheit mit diesen im Krankenhausalltag wird durch die niedrigen Werte der Patientenzufriedenheitsindices ersichtlich. Sie bilden die letzten Plätze in der Rangfolge (Abb. 43).

Was die menschliche Zuwendung angeht, bleibt festzustellen, dass der Kontakt zwischen sowohl Arzt und Patient, als auch Pflegepersonal und Patient noch verbesserungsfähig ist. Dabei ist den Patienten der persönliche Kontakt zu beiden Seiten sehr wichtig (Abb. 19 und 20). Der Kontakt zu den Ärzten ist den Patienten, die Rangfolge betrachtet, jedoch wichtiger als der Kontakt zum Pflegepersonal (Abb. 41). Ein signifikanter oder deutlicher Unterschied zeigt sich allerdings weder im JKH noch im UKB. Nur knapp die Hälfte der befragten Patienten gibt an, die sie behandelnden Ärzte und Pflegepersonen zu kennen (Abb. 18). Die Patienten beider Krankenhäuser sind mit ihrer Beziehung zu den Ärzten unzufriedener als mit der Beziehung zum Pflegepersonal (Abb. 42). Am UKB zeigt sich diesbezüglich ein deutlicher Unterschied ($p=0,036$), am JKH besteht ein signifikanter Unterschied ($p=0,001$; vgl. Abb. 47). Über die Hälfte der Befragten an bei-

den Krankenhäusern (62 %) gibt an, sich mehr Zeit für Gespräche mit den Ärzten zu wünschen (Abb. 18). Am UKB bildet der PZI des Kontakts zum Pflegepersonal Rangplatz 2, am JKH Rangplatz 5. Im Vergleich dazu belegt der PZI des Ärztekontakts am JKH den Rangplatz 12, am UKB Platz 13 (Abb. 43).

Dierks und Schaeffer (2005) beschreiben in diesem Zusammenhang den Wunsch des Patienten nach hinreichender Zeit und Verständnis für sich und seine Situation. Je ernster die Krankheit ist, desto mehr wird dieses eingefordert. Ebenso werden Verlässlichkeit, vertrauensvolle Beziehungen, besonders zur ärztlichen Seite sowie bereits erwähntes medizinisches Wissen, Freundlichkeit und personelle Kontinuität seitens der Patienten erwartet (Dierks und Schaeffer, 2005). Diese Aussage wird auch durch die vorliegende Arbeit belegt. Die Patienten mit Vorerkrankungen und einer Krankenhausaufenthaltsdauer von mehr als zwei Wochen (als Charakteristika einer ernstesten Diagnose) legten, die Rangfolge betrachtet neben der Beteiligung besonderen Wert auf den Aspekt des Kontakts (Rangplätze 1 und 2), wobei die Patienten ohne Vorerkrankungen und mit einer Aufenthaltsdauer im Krankenhaus von bis zu zwei Wochen (weniger ernste Diagnose) neben der Beteiligung im Krankenhaus, dem Informationsaspekt größere Bedeutung beimessen (Rangplätze 1 und 2; vgl. Abb 67 und Abb. 69).

Antworten der offenen Frage zu Themen, die noch Gesprächsbedarf darstellten bestätigen diese Erkenntnis, da sowohl ein fester Ansprechpartner auf der Seite der Ärzte als auch beim Pflegepersonal gefordert wurde. Darüber hinaus äußern die Patienten den Wunsch über Behandlungsmethoden und den Umgang mit der Krankheit genauer zu sprechen.

4.4 Mitspracherecht

4.4.1 Der informierte Patient

Patienten sind wichtige Partner was die Gesundheit angeht, sie bringen ihr Laienpotenzial in Form von Selbsthilfe und Eigenverantwortung mit ein (Herrmann und Heintze, 2005).

Neue Medien machen es Patienten immer einfacher sich zu informieren, so dass der Begriff „Laie“ oft nicht mehr treffend gewählt ist. Es gibt Plattformen, sogenannte e-Health-Portale, in denen der Patient sein medizinisches Laienwissen verbessern kann. Auf diesen Seiten können Ärzten und anderes medizinisches Fachpersonal angeschrieben und befragt werden, in Chatrooms kann sich der Patient mit anderen Betroffenen austauschen und so Information sammeln (Jäckel, 2004).

Gross und Schäfer (2007) beschreiben in diesem Zusammenhang die Veränderung der Arzt-Patient-Beziehung unter dem Einfluss neuer Medien (Gross und Schäfer, 2007). Die Boston Consulting Group (2001) unternimmt eine Einteilung in verschiedene Patiententypen: Es wird zwischen dem akzeptierenden Patienten, der den Arzt als Autorität wahrnimmt und sich fügt, dem aufgeklärten Patienten, der compliant ist und mitarbeitet (Beispiel Diabetiker), dem involvierten Patient, der Interesse an seiner Gesundheitssituation hat und sich aktiv informiert und schließlich dem steuernden Patienten als Maximalvariante eines aktiven selbstbestimmten informierten Partners, unterschieden (Boston Consulting Group, 2001). Genau dieser letzte Typus Patient profitiert von E-Health. Dabei wird angeführt, dass hierzu besonders Patienten mit hoher Affinität zu Technik zählen (Gross und Schäfer, 2007).

4.4.2 Von Patientenautonomie zur Partizipation

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass die befragten Patienten nicht vollständig als „steuernde Patienten“ typisiert werden können. Die Mehrheit der Befragten lässt sich als involvierte Patienten beschreiben, welche die Vorstufe der steuernden Patienten darstellen. Der akzeptierende Patient war bei den vorliegenden Auswertungen mit 15 % am JKH und 18 % am UKB in der deutlichen Minderheit vertreten (diese Patienten gaben an, die Therapieentscheidung ausschließlich den Ärzten zu überlassen, vgl. Abb. 13).

Allen Befragten war die Beteiligung während des Krankenhausaufenthalts wichtig, wobei der Mittelwert von etwa 0,90 die große Bedeutung der Patientenbeteiligung zeigt (Abb. 45). Sowohl im JKH als auch am UKB war die Bedeutung der Beteiligung während des Krankenhausaufenthalts im Vergleich zu der Bedeutung des Kontakts und der Kommunikation sowie dem Komfort und Information im Krankenhaus am größten (Abb. 45); am JKH zeigten sich deutliche Unterschiede im Vergleich mit der Bedeutung der Information ($p=0,037$) und des Kontakts ($p=0,049$) sowie ein signifikanter Unterschied im Vergleich mit der Bedeutung des Komforts ($p=0,000$; vgl. Abb. 49). Am UKB war die Beteiligung den Patienten sowohl signifikant wichtiger als der Komfort- als auch als der Kontaktaspekt (Abb. 55). Grundsätzlich hat der Aspekt der Beteiligung während des Krankenhausaufenthalts für die Patienten unabhängig von Vorerkrankungen, Alter oder dem Krankenhaus, in dem sie behandelt werden, die größte Bedeutung. Einzig vor dem Hintergrund der Aufenthaltslänge im Krankenhaus ist ersichtlich, dass von den Patienten, die länger als 14 Tage im Krankenhaus behandelt werden, wie schon unter 4.2 beschrieben, dem Aspekt des Kontakts die größte Bedeutung beigemessen wird (Abb. 69).

Vielhoff und Bogen (2007) beschreiben eine Verschiebung der Akzente beim Patienten. Dabei werden die aktive Kontrolle bei Gesundheitsleistungen, statt eines völligen Vertrauens durch den Patienten, der Verlust der absoluten Autorität des Arztes und damit das Mitwirken des Patienten bei der Behandlung sowie die Tatsache, dass Gesundheit ein Konsumgut ist, der Patient also zwischen verschiedenen Therapiemöglichkeiten wählen kann, genannt (Vielhoff und Bogen, 2007).

Patientenautonomie hat folglich große Bedeutung: Gerade die zunehmenden Möglichkeiten durch den Fortschritt der Medizin führen dazu, dass es der Patient selbst ist, der sich entscheiden muss, worauf er Wert legt und was für ihn die richtige Therapievariante ist (Schlagintweit, 2011). Taupitz (2002) geht sogar noch einen Schritt weiter, indem er die Patientenautonomie als einen Teil der Privatautonomie und damit als Selbstbestimmungsrecht definiert (Taupitz, 2002). Hierbei gehört zur Selbstbestimmung sowohl das Recht auf Definition des Eigenwohls als auch das Recht auf Information und Alternativenauswahl (Schlagintweit, 2011).

Auch Lang und Faller (1999) beschreiben die Bedürfnisse des Patienten nach Information, Mitwirkung bei medizinischen Entscheidungen und nach emotionaler Unterstützung. Sie beschreiben, dass mehr als 80 % der Deutschen gemeinsam mit ihrem Arzt über die Behandlung entscheiden wollen, nur 45 % diesen Wunsch in die Tat umsetzen können und dass auch das Bedürfnis der Mitsprache im Allgemeinen sehr groß ist (bei unseren Auswertungen MW von 0,88 im JKH und 0,91 im UKB; vgl. Abb. 12). Beide mahnen jedoch an, dass es vereinzelt hiervon Abweichungen geben kann, also Patienten die sich nicht in der Lage sehen, selbst zu entscheiden. In der vorliegenden Befragung entspricht dies den Patienten, die Entscheidungen ausschließlich den Ärzten überlassen (Abb. 13). Folglich ist es wichtig, auf das individuell unterschiedlich hohe Bedürfnis nach Mitsprache einzugehen, da dadurch die Zufriedenheit mit dem Arztkontakt und die Compliance des Patienten erhöht wird (Lang und Faller, 1999).

2010 führte das Wissenschaftliche Institut der Techniker Krankenkasse (WINEG) eine Umfrage mit 1000 gesetzlich Versicherten durch, um die Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung und die Qualität aus Patientenperspektive zu evaluieren. Die Ergebnisse waren weitgehend sehr positiv. Die Patienten waren zufrieden mit der ärztlichen Versorgung. Dennoch wurde auch bei dieser Umfrage deutlich, dass sie gerne mehr in den Entscheidungsprozess eingebunden werden möchten. Von den Befragten gaben 22 % an, dass sie „selten oder nie“ nach den von ihnen bevorzugten Therapiemöglichkeiten gefragt werden. Weiterhin gaben 14 % der befragten Patienten an

„selten oder nie“ in dem von ihnen gewünschten Maß in die Entscheidungen eingebunden worden zu sein (Bestmann und Verheyen, 2010).

Damit die Patienten bei den Entscheidungen partizipieren können, müssen sie ausreichend gut über ihre Erkrankung informiert sein. Dabei bieten die im Rahmen des E-Health Begriffs erläuterten Medien eine gute Hilfestellung. Darüber hinaus ist es Aufgabe des behandelnden Arztes, die Patienten zu informieren, beziehungsweise ihnen die richtigen Informationsmöglichkeiten zu nennen. Diese Auffassung wird von den Patienten geteilt wird (Schwappach, 2010) und stellt die Grundlage einer patientenorientierten Behandlung dar (Frank, 2005). Es wird von „Health literacy“ oder zu deutsch „Gesundheitskompetenz“ gesprochen (Lang und Faller, 1999). Diese Aussage wird durch die vorliegenden Ergebnisse bestätigt: Die Patienten legen großen Wert auf die Informationsübermittlung während des Krankenhausaufenthalts, unabhängig davon, in welchem Krankenhaus sie behandelt werden. Die Bedeutung der Information während des Krankenhausaufenthalts ergab Mittelwerte von etwa 0,85 (Abb. 45). Die Patienten der Altersgruppe 45-55 legten im Vergleich zu der Altergruppe 33-44 deutlich größeren Wert auf die Information während des Krankenhausaufenthalts ($p=0,049$; vgl. Abb. 62). Als Erklärung kann auch hier der Umstand dienen, dass die Generation der Babyboomer als besonders anspruchsvoll und qualitätsbewusst beschrieben wird (Stocker, 2008).

Interessant ist in diesem Zusammenhang eine Studie, die 2009 in drei israelischen Krankenhäusern die Gesprächsführung zwischen Patienten und Ärzten untersuchte. Beobachtet wurden die Taktiken der unterschiedlichen Ärzte, um Patienten von der von ihnen bevorzugten Therapieoption zu überzeugen. Dabei wurde deutlich, dass die propagierte objektive und ausführliche Beratung der Patienten nicht in ausreichendem Maße gewährleistet war: Um Zeit zu sparen wurde die an die Patienten weitergegebene Information selektiert. Von Seiten der Ärzteschaft wurde im Vorhinein die nötige Menge an Information bestimmt, um den Patienten von der Therapie zu überzeugen. Es zeigte sich, dass es auf der einen Seite von einigen Patienten gut aufgenommen und die selektierte Information sogar geschätzt wurde. Auf der anderen Seite führte diese selektive Informationsvermittlung und die eindeutig vorgegebene Richtung, in manchen Fällen zur Distanzierung vom behandelnden Arzt, im schlimmsten Fall sogar zum Arztwechsel (Karnieli-Miller und Eisikovits, 2009).

Die Studie verdeutlicht, dass die Berücksichtigung von Behandlungserwartungen der Patienten und auch der Einbezug von Patientensichtweisen bezüglich der eigenen Erkrankung entscheidend

sind. Hier setzt das intensive patientenzentrierte Gespräch an, um die Erwartungen an die Behandlung zu erkennen. Somit ist dieses Gespräch für den Behandlungserfolg und die vernünftige Therapieplanung unabdingbar (Fehrsen und Henbest, 1993).

4.4.3 Verbesserungsbedarf

Bei der Auswertung der tatsächlichen Zufriedenheit der Patienten mit den Informationen über ihre Erkrankung, deren Ursachen, Folgen, die Untersuchungsergebnisse, die Operation, Informationsangebote während des Krankenhausaufenthalts, die Krankheitsvorbeugung und den Therapiemiteinbezug durch die Ärzte zeigte sich, dass die Ergebnisse gut waren. Zufriedenheitsindices von über eins wurden dennoch nicht erreicht. Es besteht somit noch Verbesserungsbedarf: Die Patientenzufriedenheitsindices ergaben Werte im Bereich von 0,8 bezüglich der Aspekte „Patientenbeteiligung während des Krankenhausaufenthalts“ und im Bereich von 0,85-0,87 für den Punkt „Information während des Krankenhausaufenthalts“ (vgl. Abb. 45). Einzig bezüglich des „Vorgehens bei der Operation“ fühlten sich die Patienten sehr gut informiert (PZI JKH 0,98 PZI UKB 0,93; vgl. Abb 7).

Anzumerken ist, dass bei der Analyse der Informationskomponente während des Krankenhausaufenthalts unter Berücksichtigung des Patientenalters, die älteren Patienten deutlich zufriedener mit dem Informationserhalt waren ($p=0,017$; vgl. Abb. 57).

Gleiches gilt für die Beteiligung der Patienten während des Krankenhausaufenthalts ($p=0,016$) und für den Kontaktspekt ($p=0,013$), auch hier waren die Patienten der Altersgruppe 51-100 deutlich zufriedener als die jüngeren Patienten (vgl. Abb. 57). Es besteht offensichtlich ein Zusammenhang zwischen dem Alter der behandelten Patienten und den Ansprüchen, die an diese Komponenten während des Krankenhausaufenthalts gestellt werden. Dieser Eindruck wird ebenfalls dadurch bestätigt, dass die Angehörigen der Lost Generation sowie die Patienten der Jahrgänge 1940-1950 (68er Generation) im Vergleich zur den Anghörigen der Generation Y deutlich zufriedener mit dem Kontaktspekt sind (Lost Generation $p=0,04$; 68er $p=0,03$; vgl. Abb. 60). Zwischen der Lost Generation und der Generation Y besteht darüber hinaus auch ein deutlicher Unterschied bezüglich des Informationsaspekts ($p=0,03$; Abb. 61).

Diese Tatsache unterstreicht erneut (vgl. Kapitel 4.2) den hohen Anspruch der Generation Y in Bezug auf Dienstleistungen (Buchhorn und Werle, 2011). Besonders hervorgehoben wird dieser Unterschied im direkten Vergleich mit der Nachkriegsgeneration, deren Angehörige gelernt haben sich zu arrangieren (Parvanova, 2003).

Der PZI des Aspekts Beteiligung während des Krankenhausaufenthalts zeigt besonders bei den jüngeren Patienten (0-50 Jahre) Verbesserungsbedarf (PZI 0,77). Dieses Ergebnis wird durch Generationenanalyse zusätzlich unterstrichen: Speziell die Altersgruppen 45-55 Jahre und 0-30 Jahre zeigen Verbesserungsbedarf bei der Beteiligung (PZI Babyboomer 0,77; PZI Generation Y 0,76; vgl. Abb. 65).

Die Analyse vor dem Hintergrund der Aufenthaltslänge macht deutlich, dass bei den Patienten, die höchstens zwei Wochen stationär im Krankenhaus behandelt werden der Aspekt der Beteiligung ebenfalls verbessert werden kann (PZI 0,79; vgl. Abb. 69).

4.5 Erklärungsansätze – Die EUROPEP-Studie

EUROPEP ist ein Akronym für „European project on patient evaluation of general practice care“. Dieses Project wurde von der Arbeitsgruppe „European task force on patient evaluation of general practice care“, die 1994 von Wissenschaftlern aus 7 europäischen Ländern gegründet wurde, durchgeführt. Dabei war es das Ziel herauszufinden, was die Patienten von ihrer hausärztlichen Versorgung erwarten. In den Jahren 1994 und 1995 beteiligten sich 3540 Patienten an der Vorstudie („Priorities Study“) zur Entwicklung eines international einsetzbaren Fragebogens mit dessen Hilfe die hausärztliche Versorgung durch die Patienten bewertet werden sollte. 429 Patienten waren aus Deutschland, auch Patienten aus Dänemark, Großbritannien, Israel, den Niederlanden, Norwegen, Portugal und Schweden nahmen an der Vorstudie teil. 1998 erfolgte die internationale Vergleichstudie (mehr als 20.000 Patienten in 14 europäischen Ländern) mit dem EUROPEP-Fragebogen (Grol und Wensing, 1998).

Jung et al. (1997) untersuchten die Einschätzung von wichtigen Aspekten einer Allgemeinarztversorgung aus Patientensicht auf der einen Seite und andererseits die Einschätzung der Ärzte dazu. Höhere Priorität bei den Patienten als bei den Ärzten hatten folgende Punkte:

- Der Zeitaspekt: ausreichende Zeit für Patientengespräche.
- Die genaue Aufklärung über die Krankheit.
- Diskussion über und Erklärung von Untersuchungen, Behandlungen oder Überweisungen.
- Die Tatsache, dass am Ende der Patient die Entscheidung trifft.

Eine hohe Abweichung im Vergleich zur Sicht der Ärzte wurde bezüglich des Zeitaspekts und der Information zur Krankheit deutlich. Die Ärzte messen diesen Punkten weniger Bedeutung zu, sie sahen diese im Vergleich zu den Patienten als unwichtiger an. Dabei sollten die Ärzte nicht

nur ihre eigene Meinung äußern, sie wurden auch gebeten zu beurteilen welche Bedeutung diese Aspekte aus Patientensicht hätten. Interessant war, dass die Ärzte davon ausgingen, dass diese Aspekte von den Patienten eher als unwichtig erachtet würden (Jung et al., 1997). Solche Abweichungen können erklären, weshalb die PZI in diesen Punkten Verbesserungspotenzial aufweisen. Der Grund für die hohen Zufriedenheitswerte bezüglich Aufklärung und Informationsvermittlung in Bezug auf die Operation ist, dass die Patienten die Aufklärung unterschreiben müssen, hier also ein Gespräch rechtlich verpflichtend ist. Diese Verpflichtung besteht jedoch nicht bei der Mitteilung einzelner Untersuchungsergebnisse, der Erkrankungsfolgen oder gar der Ursachen für die Erkrankung.

Punkte, die für die Ärzte eine größere Wichtigkeit hatten als für die Patienten, waren das persönliche Interesse an den Patienten, sie bei emotionalen Problemen im Zusammenhang mit der Erkrankung zu unterstützen und verschiedene Behandlungsmaßnahmen zu koordinieren (Jung et al., 1997). Diese Auswertung bietet einen Erklärungsansatz für die hinsichtlich der Zufriedenheit mit der menschlichen Zuwendung guten Ergebnisse in den Fragebögen (Abb. 36 und 38). So ist nachvollziehbar, dass auf die Erfüllung von Punkten, die von den Erbringern der Dienstleistung selbst als wichtig eingestuft werden, viel Wert gelegt wird. Aspekte die Ärzte und Patienten gleich wichtig einschätzten waren die Notfallfunktion des Hausarztes und der vertrauliche Umgang mit Patientendaten sowie die Auseinandersetzung mit neuen Behandlungsmethoden und der aktuelle medizinische Kenntnisstand (Jung et al., 1997).

Die deutsche Vorstudie zum EUROPEP untersuchte ebenfalls Charakteristika einer guten Hausarztversorgung aus Patientensicht. Am Wichtigsten waren, wie bei den niederländischen Patienten, die schnelle Hilfe im Notfall, das Vertrauensverhältnis von Arzt und Patient, die umfassende Aufklärung zur Erkrankung und die kritische Auseinandersetzung mit Therapiemethoden sowie die Kenntnis von aktuellen Behandlungsmethoden (Klingenberg et al., 1996).

Insgesamt zeigten die deutschen Ergebnisse der EUROPEP-Studie eine große Gesamtzufriedenheit mit der hausärztlichen Versorgung. 95,9 % der Patienten würden ihren Hausarzt weiterempfehlen. Die Aspekte „Zuhören“ und „Gründlichkeit“ bewerteten 65 % der befragten Patienten mit „ausgezeichnet“. Verbesserungspotenzial hinsichtlich einzelner Aspekte bestand allerdings auch bei dieser Studie. Bezüglich der Erinnerung des Hausarztes an frühere Gespräche und Behandlungen wurden von 76,9 % der befragten Patienten Mängel angegeben. Von 69,1 % der Patienten wurde eine Verbesserung der hausärztlichen Unterstützung im Umgang mit den Gefühlen

der Patienten gewünscht. Weiterhin möchten 61,7 % der Befragten gerne besser in Entscheidungen miteinbezogen werden. Interessant war, dass die Organisation der Praxis, also beispielsweise die Wartezeit, eine untergeordnete Rolle im Vergleich zur Kommunikation spielte. Von insgesamt 40 Rangplätzen wurde dieser Aspekt auf Rang 31 eingestuft (Klingenberg et al., 1999).

Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Eine Gemeinsamkeit der EUROPEP und der vorliegenden Arbeit ist, dass beide die Zufriedenheit der Patienten mit der Versorgung, sowohl beim Hausarzt als auch im Krankenhaus zeigen. Die vorliegenden Ergebnisse zeigen eine hohe bis sehr hohe Zufriedenheit in allen Bereichen des Krankenhauses (Krankenhaus allgemein, Station, OP, andere Bereiche; vgl. Abb. 31).

Setzt man die Grenze zwischen „gut“ und „befriedigend“ bei dem Mittelwert der Zufriedenheit von 0,7 und bezieht den PZI in die Bewertung ein, mit einer Grenze zwischen „gut“ und „befriedigend“ bei 0,8, so sind an beiden Krankenhäusern nur vereinzelt Aspekte nicht im guten bis sehr guten Bereich bewertet.

Der Informationsstand zu Ursachen der Erkrankung am JKH (Abb. 4), der Kontakt zu den Ärzten am UKB (Abb. 19), die Information zu vorbeugenden Maßnahmen (Abb. 11), die Informationsangebote im Krankenhaus (Abb. 9), die Teilnahme an der Fehlervermeidung und besonders der offene Umgang mit vorgekommenen Fehlern werden als befriedigend, der Umgang mit vorgekommenen Fehlern sogar als mangelhaft angegeben (Abb. 26 und 27).

Im Hinblick auf die geforderten Informationen zu Vorbeugung lässt sich anmerken, dass es für viele Krankheitsbilder keine konkrete Ursache gibt und folglich Maßnahmen zur Vorbeugung nicht existieren. Eine Erklärung, weshalb sich die Patienten des UKB deutlich besser über die Ursachen ihrer Erkrankung informiert fühlen ($p=0,04$; vgl. Abb. 4), könnte darin liegen, dass gerade ein Zentrum der Maximalversorgung zum Teil spezifischere Tests besitzt, die bestimmte Zusammenhänge analysieren und erklären. In einem peripheren Krankenhaus stehen diese nicht zur Verfügung und werden erst im Anschluss an den stationären Aufenthalt ambulant untersucht (z.B. komplexe genetische Untersuchungen). Eine weitere Erklärungsmöglichkeit ist die Tatsache, dass an einem Universitätsklinikum durch den weniger starken wirtschaftlichen Druck mehr Zeit für den einzelnen Patienten zur Verfügung steht.

Andererseits könnte auch die psychologische Komponente in die Empfindung miteinbezogen werden. Die Patienten fühlen sich durch die Tatsache an einer Universitätsklinik (assoziiert mit dem neuesten medizinischen Wissen) behandelt zu werden besser informiert. Die wichtige Rolle

dieser Komponente zeigt sich in dem Streben der Krankenhäuser danach, den Titel „akademisches Lehrkrankenhaus der Universität“ zu tragen. Das Stadtkrankenhaus Schwabach beispielsweise (Lehrkrankenhaus der Universität Erlangen-Nürnberg) beschreibt die Vorzüge, die dieser Status des Krankenhauses für die Patienten bedeutet, als „-Sicherheit eine moderne leistungsfähige Medizin in Anspruch nehmen zu können; -ständige Weiterentwicklung der medizinischen Kompetenz; - intensivierte Weiterbildung aller am Hause tätigen Ärzte; -intensive Zusammenarbeit mit den Kompetenzzentren des Universitätsklinikums Erlangen“ hervor und geht weiterhin darauf ein, dass die Studentinnen und Studenten im Praktischen Jahr die Ärzte bei Routinearbeiten entlasten und somit mehr Zeit und Freiraum für die Patienten bleibt (Schwabach und Bauer, 2013). Diese Darstellung verdeutlicht den gezielten Einsatz des Titels „Lehrkrankenhaus“ als Wettbewerbsvorteil bei der Patientenrekrutierung.

Die EUROPEP –Studie untersucht auch die „organisatorische Qualität“ und „Verfügbarkeit“. Diese Aspekte der Patientenzufriedenheit behandelt unser Fragebogen nicht explizit. Die „organisatorische Qualität“ ist in gewisser Form vergleichbar mit der „räumlich-technischen Versorgungsqualität“, welche auch in unserem Fragebogen untersucht wird und besonders den „Komfortaspekt“ repräsentiert. Auch in der EUROPEP-Studie ist dieser Aspekt ein in der Bedeutung nachgelagertes Charakteristikum einer guten hausärztlichen Versorgung (Klingenberg et al., 1999).

4.6 Fehlervermeidung

4.6.1 Patientenmotivation

Die Bereitschaft aktiv mitzuwirken, um Fehler zu vermeiden wurde bereits erwähnt. So ist es naheliegend, dass die Partizipation der Patienten bei der Fehlerprävention genutzt werden kann. Warum soll diese Aufgabe nur bei dem Personal liegen, wenn doch die Rolle der Patienten dahingehend geändert ist, dass sie nicht mehr passive Empfänger der Krankenhausleistung sind, sondern diese aktiv mitgestalten möchten.

In den Auswertungen der Fragebögen wird ersichtlich, dass sich die Patienten mitverantwortlich für ein gutes Gelingen der Behandlung fühlen und bereit dazu sind, sowohl Ärzte als auch Pflegepersonal auf störende Dinge aufmerksam zu machen (Abb. 24). Über 80 % der befragten Patienten war es wichtig, selbst zur Fehlervermeidung beizutragen und knapp über die Hälfte der Patienten gaben an, schon einmal bei der Fehlervermeidung geholfen zu haben (Abb. 26).

Auch Lyons (2007) beschreibt die Motivation der Patienten einen Beitrag zu leisten, um ein gutes Ergebnis der Behandlung zu erzielen (Lyons, 2007). Sie machen sich Gedanken über Sicherheit und sind in der Lage widrige Abläufe und Probleme zu erkennen und Fehler anzumerken (Agorsitas et al., 2005).

Patienten sind kontinuierlich während aller Krankenhausprozesse, Behandlungen und Konsultationen präsent und somit eine wichtige Informationsquelle, was den Ablauf in den unterschiedlichen Bereichen betrifft (Unruh und Pratt, 2006). Sie bemerken Veränderungen und Abweichungen in Routineabläufen und bei Wiederholungen von Prozessen. Oft können sie deshalb Fehler erkennen und rechtzeitig eingreifen (Hurst, 2001). Als Beispiele werden in verschiedenen Studien und Untersuchungen Infusionsprobleme sowie Medikamentenprobleme angeführt, die von Patienten bemerkt wurden (Mueller, 2003; Schulmeister, 2009). Exakt diese Punkte betreffend gaben auch die Patienten in der vorliegenden Befragung an, die Ärzte oder das Pflegepersonal schon einmal auf Fehler aufmerksam gemacht zu haben (Abb. 25).

4.6.2 Patientenmitarbeit

Darüber hinaus verdeutlicht die Auswertung der Fragebögen, dass die Patienten regelmäßig Fehler bemerken, weitaus häufiger sogar, als es von Ärzten angenommen wird (Abb. 27). Es fällt ihnen negativ auf, wenn Fehler und Probleme nicht offen angesprochen werden und sie das Gefühl haben, dass Dinge verschwiegen oder ignoriert werden. Ein solches Potenzial könnte genutzt werden, da Fehler immer entstehen, wo Menschen zusammenarbeiten – „Error is of human nature“ (Herrero et al., 2010).

Die Herausforderung besteht darin den geeigneten Weg zu finden, die Patienten aktiv in den Ablauf zu integrieren und hinsichtlich des Eingreifens in bestimmte Bereiche zu schulen. Andererseits kann das feste Einbinden der Patienten in spezielle Abläufe dazu führen, dass sich das Personal auf das Mitwirken verlässt und somit Gefahrensituationen entstehen (Lyons, 2007).

4.6.3 Fehlermanagement

Festzuhalten ist, dass sowohl Arzt als auch Patient von einer offenen Fehleransprache profitieren (Schwappach, 2008). Es ist wichtig die Fehler nicht zu verschleiern, sondern sie zu identifizieren, zu analysieren und daraus zu lernen (Herrero et al., 2010). Besonders hervorzuheben ist dabei, nach Meinung von Dr. Kurt W. Schmidt vom Zentrum für Ethik in der Medizin am Agaplesion-Markus-Krankenhaus in Frankfurt am Main, dass in den Krankenhäusern Strukturen entwickelt werden, die auch dem Arzt das Weiterleben nach einem Behandlungsfehler und den Umgang mit

dem Schock und den Schuldgefühlen, die mit der Fehlersituation zusammenhängen erleichtern (Protschka, 2012).

Ein effektives „Klinisches Risikomanagement (kRM)“ als Überbegriff für das Fehlermanagement und die Optimierung der Patientensicherheit im Krankenhaus kann dabei helfen. Nach Briner et al. (2009), in Anlehnung an Middendorf (2005), bezeichnet dieser Begriff „...Strukturen, Prozesse, Instrumente und Aktivitäten, welche die Mitarbeitenden eines Krankenhauses unterstützen, die medizinisch-pflegerisch-therapeutischen Risiken bei der Patientenversorgung zu erkennen, zu reduzieren und zu bewältigen“ (Briner et al., 2009; Middendorf, 2005).

2010 führten Lauterberg et al. eine Studie zur Evaluation des kRM an Krankenhäusern und Universitätskliniken in Deutschland durch. Insgesamt beantworteten 484 Krankenhäuser die Fragen zu ihren Strukturen und Prozessen in diesem Bereich. Deutlich wurde, dass an den Krankenhäusern ein großes Bewusstsein für dieses Thema besteht, die Einführung einer Systematik zur gezielten Umsetzung in vielen Fällen jedoch nicht existiert. Komplett ausgearbeitete kRM-Gesamtsysteme für alle Klinikbereiche und wirksame kRM-Zyklen sind noch nicht zu erkennen. Die befragten Krankenhäuser gaben an, Fallkonferenzen und Besprechungen zu kritischen Vorfällen durchzuführen, gleichzeitig war bezüglich Regelmäßigkeit und Systematisierung allerdings Optimierungspotenzial zu erkennen. Nur ein Viertel der Befragten gab an, einen Verantwortlichen für die Umsetzung des kRM an dem jeweiligen Krankenhaus bestimmt zu haben. Auch die systematische Nutzung von erhobenen Patientenbeschwerden, Krankenaktenanalysen und Patientenbefragungen ließ Verbesserungspotenzial erkennen. Etwa die Hälfte der Befragten (48 %) führte an, seit durchschnittlich 2,2 Jahren ein Critical Incident Reporting System (CIRS) am Krankenhaus etabliert zu haben (Lauterberg et al., 2012).

Schwappach (2009) bemerkt im Zusammenhang mit dem CIRS, dass nicht alle Zwischenfälle auch wirklich dokumentiert werden. In einer amerikanischen Studie waren nur 55 % der von Patienten berichteten unerwünschten Ereignisse in den Krankenakten dokumentiert (Schwappach, 2009).

Interessant wäre es in diesem Zusammenhang, ein Critical Incident Reporting System einzurichten, in dem die Patienten die Möglichkeit haben, unerwünschte Ereignisse zu schildern. Diese könnten ebenfalls analysiert werden, um daraus zu lernen oder Missverständnissen in Zukunft vorzubeugen. Der größte Teil der befragten Patienten gab an, den Mut zu haben sowohl Ärzte als auch Pflegepersonal auf störende Dinge aufmerksam zu machen. Am UKB gaben deutlich mehr

Patienten an, sich zu störenden Aspekten seitens der Ärzte äußern zu wollen ($p=0,03$; vgl. Abb. 24). Dieses Potenzial sollte genutzt werden um sowohl auf der Seite der Patienten als auch auf der Seite der Ärzte und des Pflegepersonals Verbesserungen zu ermöglichen. Eine Begründung für den deutlichen Unterschied könnte die größere Anonymität des Universitätsklinikums sein, welche die Äußerung von Kritik vereinfacht.

4.7 Das Patientenrechtegesetz (PRG)

Der Entwurf des Patientenrechtegesetzes („Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten“) wurde am 29. November 2012 vom Deutschen Bundestag abschließend beraten und soll am 1.2.2013 zum zweiten Mal den Bundesrat durchlaufen (Spitzenverband GKV, 2013).

Mit diesem Gesetz sollen die vorhandenen unübersichtlichen Rechte der Patienten vor dem Hintergrund der immer umfangreicher werdenden Behandlungsmöglichkeiten in der Medizin gebündelt und fixiert werden.

Die wesentlichen Punkte des PRG sind:

Der Behandlungsvertrag

Dieser Behandlungsvertrag fasst sowohl die Beziehung zwischen Patienten und behandelnden Ärzten, als auch die Beziehung zwischen Patienten und Heilpraktikern, Hebammen, Psycho- und Physiotherapeuten zusammen und fixiert damit die Rechte und Pflichten der Behandelnden.

Das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) wird um den §630 a-h ergänzt. Darin ist festgelegt, dass die Patienten ausführlich und umfassend über die Diagnose, die Untersuchungen und die Therapie sowie alternative Therapiemöglichkeiten aufgeklärt und informiert werden müssen. Diese Aufklärung muss von einem an der Behandlung beteiligten Arzt erfolgen und den Patienten ausreichend Zeit zum Nachdenken und für Rückfragen ermöglichen.

Alle erfolgten Maßnahmen und Ergebnisse der Behandlung sind zu dokumentieren und die Patienten haben jederzeit das Recht ihre eigene Akte einzusehen.

Behandlungsfehler

Ärzte und Krankenhäuser müssen Fehler ausführlich dokumentieren, auswerten und die Patienten darüber informieren. Für die Patienten ist es in Zukunft aufgrund der Beweislastumkehr einfacher auf Behandlungsfehler zu verweisen.

Die Krankenkassen müssen die Versicherten bei Behandlungsfehlern und Schadensersatzforderungen unterstützen. Die Schlichtungsverfahren sollen vereinfacht werden.

Fehlermeldesysteme und Risikomanagement sollen unterstützt und ins Qualitätsmanagement integriert werden. In den Qualitätsberichten soll darüber berichtet werden. Die allgemeinen Vorgaben und Mindestanforderungen an das Risikomanagement legt der Gemeinsame Bundesausschuss fest.

Beteiligen sich Krankenhäuser auch einrichtungsübergreifend an Fehlermeldesystemen soll dieses Engagement laut Krankenhausfinanzierungsgesetz vergütet werden.

Krankenkassen

Über Leistungsanträge soll in Zukunft von den Krankenkassen schneller entschieden werden. Bei Wartezeiten von mehr als drei Wochen ohne Antwort, gilt die Leistung in Zukunft als genehmigt. Diese Änderung soll im SGB V §13 fixiert werden.

Patientenorganisationen

Die Rechte von Patientenorganisationen im Gemeinsamen Bundesausschuss werden gestärkt.

Zur Transparenz der Patientenrechte wird für die Bevölkerung eine einsehbare Übersicht vom Patientenbeauftragten der Bundesregierung erstellt (BMJ und BMG, 2012).

Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr erklärt in diesem Zusammenhang: „Unser Leitbild ist der mündige Patient. Patientenorientierung und Patientenautonomie sind erklärte Ziele unserer Gesundheitspolitik...“ (BMJ, 2012).

Zusammenhang mit den durchgeführten Analysen

Grundsätzlich werden durch das PRG besonders die Beteiligung der Patienten an der Behandlung und die Informationspflicht gegenüber den Patienten, auch was Behandlungsfehler und Komplikationen angeht, fixiert und gesetzlich festgelegt. Fehlervermeidungsstrategien werden gezielt gefördert und Konzepte hierzu unterstützt.

Die Aspekte sind den Patienten sehr wichtig und gleichzeitig zeigen die Ergebnisse dieser Arbeit Verbesserungspotenzial, insbesondere im Umgang mit Fehlersituationen. Interessant wäre es, nach Inkrafttreten des Gesetzes zu untersuchen, ob dadurch der Aspekt des Umgangs mit Fehlern verbessert wurde.

4.8 Hohe Zufriedenheit – Einflussfaktoren

Aust (1994) beschäftigt sich in ihrer Studie mit den Gründen für die in Befragungen angegebene hohe Zufriedenheit, selbst wenn Patienten eigentlich Kritikpunkte äußern könnten (Aust, 1994). Sie berichtet von der 1992 in Gelsenkirchen durch die AOK durchgeführten Befragung zur Zu-

friedenheit mit dem Krankenhausaufenthalt. Hier bewerteten 86 % die ärztliche und pflegerische Betreuung mit sehr gut bis gut. 85 % gaben ausreichende Information über die Erkrankung, die Behandlung und Medikation an und 84 % beurteilten, dass Ärzte und Pflege genug Zeit hätten. Auch mit der Unterbringung in 2-3-Bettzimmern waren 90 % der Befragten zufrieden. Festzustellen ist, dass während des Krankenhausaufenthalts ebenfalls wenig Kritik geäußert wird (Vieweg-Marks, 1993).

Außerhalb des Krankenhauses gibt es abweichende Beurteilungen. Aust (1994) führt die Umfrage, die der Berliner Senat 1991 zu Krankhauserfahrungen der zurückliegenden zwölf Monate von Patienten veranlasste, an, in der die Qualität der medizinischen Versorgung und ärztlichen Betreuung von 81,9 % als sehr gut bis zufriedenstellend beurteilt wurde. Mit der Pflege waren nur 65 % der Befragten zufrieden und bezüglich der Zuwendung von Ärzten und Pflegepersonal äußerten sich 55 % als zufrieden. 17,4 % gaben an, dass die pflegerische Seite nicht ausreichend sei und 25,2 % fanden die Zuwendung von Ärzten und Pflege weitgehend unzureichend (Hermann und Meinlschmidt, 1991).

4.8.1 Nah- und Fernbild

Die Fachvereinigung der Verwaltungsleiter deutscher Krankenhäuser, die seit 1958 in unregelmäßigen Abständen Befragungen zur Zufriedenheit in Krankenhäusern durchführen lässt, unterscheidet zwischen dem Fern- und Nahbild bei der Bewertung. Das Fernbild bezeichnet die allgemeine Bewertung von Krankenhäusern, im Gegensatz dazu nimmt das Nahbild Bezug auf ein bestimmtes Krankenhaus, in dem die Befragten als Patienten behandelt wurden, oder aber als Besucher Erfahrungen gemacht haben. Die Bewertungen des abstrakten Fernbildes fallen deutlich negativer aus als die des Nahbildes, welches bei unseren Fragebögen bewertet werden sollte. Eine Erklärung der Fachgesellschaft dazu ist, dass negative Stereotypen, trotz eventuell positiver Erfahrung im Krankenhaus über lange Zeit bestehen bleiben (Krankenhausanstalten, 1988).

Eine andere Erklärungsmöglichkeit ist, dass die Patienten über die erfolgte Genesung so erleichtert sind, dass sie positive Bewertungen abgeben, beziehungsweise die soziale Erwünschtheit positiver Antworten diese auslöst (Elkeles, 1993).

4.8.2 Änderung der Patientenrolle

Siegrist (1976) sieht einen weiteren Erklärungsansatz in der Tatsache, dass es durch die Annahme der Patientenrolle zu einer resignativ-passiven Handlung kommt, die dazu führt, dass die Patienten auf die eigenen Erwartungen verzichten und zum Beispiel die Aufklärung angemessen und

gut bewertet wird, obwohl die Information eigentlich schlecht war (Siegrist, 1976). Weiterhin ist es möglich, dass die Assoziation von Autorität mit dem Arztberuf eventuell noch nicht vollständig aus den Köpfen der Patienten verschwunden ist. Der Patient begibt sich in die Behandlung des Experten, dessen Ratschlägen er befolgt, ohne sie kritisch zu hinterfragen (Feuerstein und Bandura, 1991). Unkomplizierte, den Anweisungen folgende Patienten bemerken, dass ihr Verhalten bei den handelnden Personen (Ärzte, Pflegepersonal) positive Reaktionen hervorruft. Dadurch wird diese Verhaltensweise bestärkt (Engelhardt et al., 1973; Rohde, 1975). Darüber hinaus könnte die sogenannte „kognitive Dissonanz“ eine Rolle spielen. Der Patient, dessen Ansprüche nicht erfüllt werden (vollständige Zufriedenheit also nicht erreichbar scheint), setzt diese Ansprüche herab, um Zufriedenheit zu erreichen (Festinger, 1957). Dieses Phänomen wird als „resignative Zufriedenheit“ beschrieben (vgl. Kapitel 1.1.1).

4.8.3 Äußere Einflüsse

Wichtige Punkte zur Erklärung der Patientenzufriedenheitsergebnisse werden ebenfalls durch die Analyse der Ergebnisse der Fachvereinigung im Zeitverlauf geliefert (Krankenhausanstalten, 1988). Es erfolgten vier repräsentative Befragungen (1958, 1970, 1977, 1987). Am Zufriedensten waren die Patienten in den fünfziger Jahren, was mit der vorhandenen allgemeinen Bescheidenheit der Bevölkerung der Nachkriegszeit erklärbar wäre. Die Analysen der Antworten in der vorliegenden Befragung zeigen, dass die Angehörigen der 68er Generation und der Lost Generation, die als bescheiden charakterisiert werden, die höchsten PZI-Werte erreichen (Abb. 65). Die Charakteristika der unterschiedlichen Generationen wirken sich auf die Ergebnisse des Fragebogens aus.

Die Fachvereinigung beschreibt in den siebziger Jahre die niedrigsten Patientenzufriedenheitsergebnisse. Damals gab es lebhafte Diskussionen zur gesundheitlichen Versorgung bezüglich der Humanisierung des Krankenhauses. Die Gesundheitsbewegung erreichte Anfang der achtziger Jahre ihren Höhepunkt. Die Berichte in den Medien waren etwa zehn Jahre später deutlich zurückgegangen, was mit weniger Kritik in den Umfragen 1987 einherging (Krankenhausanstalten, 1988). Auch eine Studie in Großbritannien konnte einen deutlichen Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit dem National Health Service und Medienberichten feststellen (Judge und Solomon, 1993).

Der Zusammenhang zwischen den Medienberichten zu Gesundheitsaspekten und den Antworten des Fragebogens wird auch in der vorliegenden Arbeit deutlich. Generell ist im Zeitalter des In-

ternets Informationsrekrutierung in Bezug auf Gesundheit einfach möglich. Die Erläuterungen der Bedrohung durch multiresistente Krankenhauskeime in den Medien erklären, warum bei der Frage nach den Sorgen vor Behandlungsrisiken, die Angst vor Infektionen bei den Patienten auf Platz eins stand (Abb. 32). Weiterhin werden regelmäßig Behandlungsfehler im Krankenhaus öffentlich thematisiert. Die Sicherheitsstudien der WHO mit abzufragenden Checklisten vor Operationen und die Diskussion von Patientensicherheit und Patientenrechten (vgl. Kapitel 4.7) erklären das zunehmende Interesse der Bevölkerung an diesen Punkten und damit das Bedürfnis nach Mitsprache bei den Patienten.

4.9 Limitationen der Studie

Bei der Auswertung wurde deutlich, dass ein großer Teil der Patienten die offenen Fragen nicht beantwortete. In Frage 17 wurde z.B. darum gebeten, Gründe einer guten oder schlechten Betreuung zu nennen: Nur 43 % im UKB und 57 % der Probanden im JKH gaben Gründe einer guten Betreuung an, obwohl die Auswertungen zeigten, dass das Betreuungsempfinden positiv bewertet wurde. Festzustellen ist dennoch, dass die Antworten der Probanden, wenn sie gegeben wurden, ähnlich ausfielen und wichtige Anhaltspunkte liefern.

Bezüglich der Fragen 15 und 16 muss im Nachhinein festgestellt werden, dass der Unterpunkt der Frage 15 mit der Möglichkeit der Bemerkungen zu Dingen, die während des Aufenthalts vermisst werden eigentlich mit den Antworten der Frage 16 übereinstimmt, also den Angaben zu Bedürfnissen, die in der Klinik nicht erfüllt werden. In unseren Auswertungen wurden diese zwei Punkte bei der Auswertung der offenen Fragen zusammengefasst.

Anzumerken ist, dass die Anzahl der Teilnehmer an der Umfrage hätte ausgeweitet werden können, womit der Stichprobenfehler kleiner geworden wäre. Dennoch liegen die Mittelwerte in den meisten Punkten so nah beieinander, dass die Unterschiede weder als deutlich noch als signifikant bezeichnet werden können. Die Nullhypothese wird also angenommen.

Die schriftliche Befragung von Patienten mittels eines Fragebogens ist eine gute Methode um Meinungen und Ansichten der Patienten zu beleuchten. Die Patientenauswahl erfolgte randomisiert. Der Fragebogen stellt ein konstantes Messinstrument dar. Durch die ausgeteilten Fragebögen ist jedoch keine Möglichkeit für Rückfragen bei auftretenden Verständnisproblemen gegeben. Auch kann als Kritikpunkt der schriftlich durchgeführten Befragung geäußert werden, dass vorgegebene Antwortmöglichkeiten die Patienten in ihren Antworten beeinflussen könnten (Raulfs, 2010). Die vorab durchgeführten Probebefragungen zeigten allerdings, dass bei dem

verwendeten Fragebogen grundsätzlich keine Verständnisprobleme beobachtet werden konnten. Weiterhin wurde die Anzahl der Fragen mit vorgegebenen Antwortmöglichkeiten gering gehalten. Lediglich bei den Fragen, wie Therapieentscheidungen getroffen werden, wie die Auswahl des Krankenhauses erfolgte, welche Sorgen im Zusammenhang mit der Behandlung bestanden sowie bei den Fragen nach dem Wunsch zusätzlicher Informationsmöglichkeiten und hinsichtlich bestehender Kommunikationsprobleme im Krankenhaus waren Antwortmöglichkeiten vorgegeben. Es bestand jedoch bei jeder der Fragen gleichzeitig die Möglichkeit eine freie, von den vorgegebenen Antwortmöglichkeiten abweichende Äußerung zu formulieren. Die Objektivität der Untersuchung ist sowohl bei der Durchführung als auch bei der Auswertung und Interpretation der Antworten gegeben. Die Befragung wurde in beiden Krankenhäusern in gleicher Weise durchgeführt. Die Interaktion von Versuchsleiter und Patienten war minimal. Einzig die Durchführung der Untersuchung wurde erläutert sowie Erklärungen bezüglich der Markierung auf den Skalen des Fragebogens gegeben. Die Interpretation der Ergebnisse erfolgte anhand der vorgegebenen Skalen nach festen Regeln (T-Test, Chi-Quadrat-Test) mithilfe des Statistikprogramms SPSS. Die Markierungen auf den visuellen Analogskalen wurden händisch ausgemessen und die Werte in die Tabelle des Statistikprogramms eingegeben. Dabei ist anzumerken, dass diese Methode fehleranfällig ist. Mangelnde Konzentration bietet hierbei beispielsweise die Grundlage für falsche Ergebnisse. Dadurch ist eine vollständige Messungsobjektivität, auch bei wiederholten Kontrollen, nicht gewährleistet.

Die verwendeten Fragen machen die Konstrukte „Patientenwünsche“ und „Patientenzufriedenheit“ messbar. Die Fragen, die somit die Indikatoren der Patientenwünsche und der Zufriedenheit darstellen, wurden von zwei langjährig klinisch tätigen Ärzten auf Inhaltsvalidität geprüft. Die Berufserfahrung und der kontinuierlich enge Patientenkontakt bildeten eine fundierte Grundlage für die Operationalisierung der Konstrukte, da Erfahrungswerte und Ereignisse aus dem Berufsalltag eingearbeitet wurden. In gewisser Weise sind dadurch subjektive Komponenten in den Fragebogen eingeflossen, die Einfluss auf die Untersuchung nehmen. Die Wünsche und die Zufriedenheit der Patienten wurden jedoch hinsichtlich verschiedener Dimensionen beleuchtet (Information, Beteiligung, Ängste im Krankenhaus, Fehleraspekte usw.), um eine umfassende Beurteilungsgrundlage zu schaffen und damit die subjektiven Einflüsse abzuschwächen. Als Faktor für eine verminderte Konstruktvalidität kann weiterhin angeführt werden, dass die soziale Erwünschtheit positiver Ergebnisse diese beeinflusst haben könnte. Andererseits boten die Fragebögen aber auch eine Möglichkeit Kritik zu äußern, da die Umfrage anonym durchgeführt wurde.

Der Effekt sozial erwünschter Ergebnisse sollte durch die Verwendung von Umschlägen für die ausgefüllten Fragebögen verringert werden. Der Versuchsleiter konnte die Ergebnisse den jeweiligen Patienten nicht zuordnen. Anzumerken ist, dass der Verlauf der Behandlung der Patienten die Ergebnisse beeinflusst haben könnte. Es liegt nahe, dass hauptsächlich Patienten, die in einer guten Verfassung waren, an der Befragung teilgenommen haben, da bei entstanden Komplikationen die Wahrscheinlichkeit, dass die Beantwortung der Fragebögen vergessen wurde größer war. Folglich könnte auch dieser Aspekt die positiven Antworten erklären (Cleary et al., 1991; Schmidt et al., 1989). Die Wahrscheinlichkeit der Beeinflussung der Ergebnisse durch zufällig auf die Probanden einwirkende Einflüsse ist in beiden Krankenhäusern gleich. Als Beispiel kann die Stimmung in der sich die Befragten zum Zeitpunkt der Befragung befinden genannt werden. Positive Stimmung wird sich positiv auf die Antworten aus, negative Stimmung begünstigt negative Bewertungen (Schwarz und Strack, 1999). Die statistische Validität ist durch die Korrektur des Signifikanzniveaus gewährleistet, womit ein „Fishing“ einzelner signifikanter Ergebnisse bei multiplen Vergleichstests verhindert wird. Das Signifikanzniveau wird dadurch jedoch sehr stark erniedrigt. Dies beeinflusst die Tatsache, dass im Vergleich der Krankenhäuser keine signifikanten Unterschiede bestehen. Um Unterschiede dennoch differenziert darzustellen, erfolgt die Beschreibung von „deutlichen“ Unterschieden. Hiermit werden Differenzen der Mittelwerte mit p-Werten kleiner oder gleich 0,05 im T-Test bezeichnet.

Der Fragebogen bezieht sich ausschließlich auf operativ behandelte Patienten. Die Befragung wurde nach der erfolgten Operation durchgeführt. Aussagen zu Patientenwünschen und Zufriedenheiten in nicht operativen Fachabteilungen können folglich nicht gemacht werden.

Die Umfrage vergleicht ein Universitätsklinikum und ein peripheres Krankenhaus. Um generalisierbare Aussagen machen zu können, müssen sich die Ergebnisse in weiteren vergleichenden Untersuchungen von Universitätskliniken mit Krankenhäusern der Regelversorgung replizieren.

4.10 Ausblick

Angesichts der erläuterten Konkurrenzsituation der Krankenhäuser untereinander ist es sinnvoll den Zeitaspekt aufzugreifen und zu vertiefen.

Zeit als kostbares Gut wird von den Patienten gewürdigt und ruft positive Reaktionen hervor. Gespräche können Ängste nehmen, Missverständnisse klären und dazu beitragen, dass sich die Patienten gut aufgehoben fühlen. Als Gründe für Überforderung wurden an beiden Krankenhäusern die unzureichende Aufklärung, zu kurze Bedenkzeit und Verwirrung durch verschiedene Thera-

piemöglichkeiten genannt (Abb. 15); Aspekte, die mit ausführlichen Gesprächen zu verbessern sind. Auch das Gefühl mancher Patienten, aus Zeitmangel zu bestimmten Therapieentscheidungen gedrängt zu werden, welches als Grund für Bevormundung angegeben wurde (Abb. 16), ließe sich durch Ausweitung der Gesprächszeit eventuell verbessern.

Es wurde besonders der Wunsch nach mehr Zeit für Gespräche mit den ärztlichen Mitarbeitern geäußert (Abb. 18), um Themen wie weitere Behandlungsmethoden, den Umgang mit der Krankheit und Gründe für die Krankheitsentstehung sowie Vorbeugung in Zukunft zu besprechen. Ausdrücklich wird ein fester Ansprechpartner gewünscht.

Die Patienten wünschen sich diesen konkreten Ansprechpartner auch auf der Seite des Pflegepersonals.

Schubert (2006) schlägt vor, aus der Patientenorientierung einen besonderen Anreiz für die Mitarbeiter zu machen, der sich positiv auf die persönliche Karriere auswirken kann (Schubert, 2006). Das Konzept hinter dieser Idee könnte auf den Zeitaspekt übertragen werden. Bemerken Mitarbeiter, die sich ausreichend Zeit für Patientengespräche nehmen die positiven Auswirkungen nicht nur direkt bei den Patienten, sondern auch als Auswirkung auf die eigene Karriere, führt dies zu einer Bekräftigung des Verhaltens.

Ein Ansatzpunkt wäre die Möglichkeit die Patienten fest einem ärztlichen Ansprechpartner zuzuordnen. Eine Art „Visitenkarte“ könnte den Patienten ausgehändigt werden mit dem Namen des sie behandelnden Arztes und den festen Zeiten für Patientengespräche, die in Form von Terminen angemeldet werden könnten. Nachgedacht werden könnte über eine Liste auf der Station, in die sich die Patienten eintragen.

Die ärztlichen Mitarbeiter beschäftigen sich intensiv mit den ihnen zugeteilten Patienten. Sie betreuen die Patienten von der Aufnahme über die notwendigen Untersuchungen, die angemeldet und ausgewertet werden müssen bis zur Operation. Das beinhaltet, dass die Operation oder aber die jeweilige invasive Untersuchung (Herzkatheter, Gastroskopie, Bronchoskopie usw.), zumindest in erster Assistenz, von dem betreuenden Arzt durchgeführt wird. Somit wäre die positive Auswirkung auf die Karriere sichergestellt, da diese Eingriffe entscheidende Punkte für die Facharztausbildung sind und nach §8 (M)WBO ((Muster-)Weiterbildungsordnung) der in der Weiterbildung befindliche Arzt die einzelnen abgeleisteten Weiterbildungsinhalte dokumentieren muss. Der leitende Oberarzt hingegen würde durch engagierte zufriedene Assistenten entlastet (Van Aken, 2007).

Eine weitere Anregung wäre die Beurteilung des Oberarztes durch die Assistenten. Die Erfolge der ihm zugeteilten Assistenten hätten so eine direkte positive Auswirkung auf den Ruf des Ausbilders, der wiederum durch den Chef für positive Bewertungen entlohnt würde (Urlaub, Prämien, Forschungsreisen). Damit würde zusätzlich zu den nach §8 (2) (M)WBO vorgeschriebenen jährlichen Weiterbildungsgesprächen eine weitere Möglichkeit eröffnet, im Krankenhausalltag direkt Feedback zu geben und die Qualität der Weiterbildung zu verbessern. Die DGAI (Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin) beispielsweise empfiehlt explizit, Einführungs- und Abschlussgespräche für jede Weiterbildungsrotation durchzuführen (Van Aken, 2007).

Dennoch ist es meist nicht der Unwille der Mitarbeiter, sondern die Masse an Aufgaben, die während der Arbeitszeit erledigt werden müssen, welche die Zeit für den Patientenkontakt knapp werden lässt.

Blutabnahmen, Arztbriefe, Anmeldungen von Untersuchungen und Dokumentation sind zeitraubend. Eine Umstrukturierung dieser Aufgaben zum Beispiel durch das Einstellen von medizinischen Fachangestellten für die Organisation der Papiere oder für die morgendlichen Blutentnahmen führt zu einer Entspannung der Situation. Dies zeigt das Pilotprojekt am Klinikum Coburg (Pless und Schafmeister, 2009).

Die Bereitschaft der Patienten mitzuwirken und das Interesse an der eigenen Krankheit kann positiv genutzt werden. Das Ziel ist nicht, sich darauf zu verlassen, dass die Fehlerkontrolle von den Patienten übernommen wird, vielmehr geht es um die sinnvolle Einbindung der Patienten und ihrer Kompetenz.

Für die Patienten könnten verständliche Leitlinien zu den einzelnen Krankheitsbildern in Form von Karteikarten ausgeteilt werden. Auf diesen wären die Diagnose und die geplanten Untersuchungen sowie die verordneten Medikamente vermerkt. Darüber hinaus wären die Verhaltenswünsche zur Sicherung des Therapieerfolgs und Hinweise zum Verhalten bei Zustandsveränderung aufgeführt. Diese Karteikarten könnten standardisiert gedruckt werden und im Gespräch mit dem behandelnden Arzt durch eingefügte Notizen für den jeweiligen Patienten ergänzt werden. Damit hätten die Patienten einen für sie verständlichen Überblick über ihre Behandlung und wüssten, was bei der Behandlung besonders wichtig ist.

Beispiel Karteikarte Patient XY

Diagnose: akutes Koronarsyndrom.

Untersuchung: Labor, EKG, Echokardiografie, eventuell Herzkatheter.

Medikamente: Blutdrucksenker wie Betablocker und ACE-Hemmer, Blutgerinnungshemmer ASS und Clopidogrel, Statine zur Senkung des Fettgehalts im Blut (bitte abends einnehmen).

Worauf sie achten müssen: konsequente Tabletteneinnahme, Ernährungsumstellung, Besuch der Herzsportgruppe, erneute Kontrolle beim Kardiologen in spätestens einem Jahr.

Wichtiger Hinweis: bei Stechen, Schwindel oder Unwohlsein bitte direkt das nächstgelegene Krankenhaus aufsuchen.

Die Patienten sollen nicht die komplette Organisation ihrer Therapie übernehmen, dennoch können durch ihre Aufmerksamkeit Therapiefehler reduziert werden. Ein Patient, dem man nach seiner Operation an der Hüfte erklärt hat, warum er bestimmte Bewegungen und Belastungen unterlassen soll, wird gezielt darauf achten und diese Information an alle ihn betreuenden Personen weitergeben, oder zumindest eher nachfragen, falls diese Hinweise nicht befolgt werden. Auch bei einer im Stationsalltag vergessenen Antibiotikagabe, könnte eine einfache Nachfrage des Patienten, dem man erklärt hat, weshalb die Antibiotikatherapie wichtig ist, dazu führen, dass das Personal daran erinnert wird. Gleiches gilt für doppelte Antibiotikagabe, falls versehentlich vergessen wurde eine Gabe in der Kurve abzuzeichnen.

Besonders chronisch kranke Patienten, die durch Schulungsprogramme gute Kenntnisse über ihre Erkrankung und deren Therapie besitzen, können eine wichtige Stütze im Stationsalltag sein (selbstständige Blutzuckerkontrollen, regelmäßige Einnahme der Asthmamedikation).

Eine Zusammenarbeit zwischen Patienten und Krankenhausmitarbeitern kann somit Verbesserungen erzielen. Wichtig ist jedoch, dass die Rollen klar definiert sind, der Arzt sich seiner Verantwortung für den Patienten bewusst ist und es nicht zu Veränderungen diesbezüglich kommt.

Die Idee der „Leitlinien für Patienten“ ist nicht neu. Ärztekammern, Kassenärztliche Bundesvereinigung, zahlreiche Patientenbündnisse und unter anderem auch die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) haben diese Leitlinien schon entworfen und für die Patienten in Umlauf gebracht (AWMF, 2013). Diese sind sehr ausführlich und bieten ein breites Informationsspektrum. Die Karteikarten hingegen sollen einen klaren Überblick in knapper Form bieten, der durch die Ergänzungen im Gespräch die individuelle Situation des jeweiligen Patienten abbildet. Wichtig ist eine für die Patienten verständliche Wortwahl, anders als in den Arztbriefen, die vielfach direkt an den weiterbehandelnden Kollegen adressiert

sind und an den Patienten vorbeigeleitet werden. Die Karteikarten können in die Visiten integriert werden und in Form eines „sign-outs“ bei Entlassung erneut besprochen und aktualisiert werden. Sie würden danach bei den Patienten verbleiben.

Die Auswirkung der in den Medien dargestellten Szenarien zu Fehlern und Infektionen während der Krankenhausbehandlung auf den Patienten kann durch einen offenen Umgang mit der Thematik abgeschwächt werden. Durch aktuelle Patienteninformation zur Prophylaxe nosokomialer Infektionen oder der Vorbeugung von Verwechslungen im Operationssaal können die Ängste der Patienten abgeschwächt werden.

Da besonders schriftliches und elektronisches Informationsmaterial von den Patienten gewünscht wird (Abb. 10), könnten Leitlinien und Vorbeugungskonzepte leicht erstellt, im Krankenhaus verteilt, oder aber durch ein auf dem Fernseher eingerichtetes Programm verbreitet werden.

Das Critical Incident Reporting System für Patienten könnte online etabliert werden, damit die Patienten, ähnlich wie es in zahlreichen Kliniken erfolgt, diese Berichte anonym erstellen und für alle zugänglich machen können. Eine Analyse der Situation kann so problemlos seitens des Krankenhauses erfolgen. Maßnahmen zur zukünftigen Vermeidung könnten dort ebenfalls zu lesen sein.

Die vorliegende Untersuchung zeigt, dass Patienten ohne Vorerkrankungen besonderen Wert auf den Aspekt Komfort während des Krankenhausaufenthalts legen (Abb.66). Dies könnte zu der Überlegung führen, gerade diese Patienten in die renovierten und modernisierten Bereiche aufzunehmen, um diesem Anspruch der Patienten an das Krankenhaus gerecht zu werden.

Ältere Patienten (50-100 Jahre) sind im Gegensatz zu den jüngeren Patienten deutlich zufriedener mit der erhaltenen Information, der Beteiligung im Krankenhaus und dem Kontakt beziehungsweise Kommunikationsaspekt während des Krankenhausaufenthalts (Abb. 57 und 58). Zu überlegen wäre, ob also diesbezüglich mehr auf die jüngeren Patienten unter 50 Jahren eingegangen werden soll, um deren Zufriedenheit zu erhöhen, da diese offensichtlich eine höhere Erwartungshaltung haben als die älteren Patienten. Besonders die Analyse der Bedürfnisse der Generation Y zeigt, dass bezüglich der Aspekte Beteiligung und Kontakt während des Krankenhausaufenthalts, den PZI betrachtet, noch Verbesserungsbedarf besteht (PZI unter 0,8), gleiches zeigt der PZI zum Aspekt Beteiligung im Krankenhaus auch bei den Patienten der Babyboomer (Abb. 65).

Insgesamt sollte der Fokus auf der Beteiligung der Patienten während des Krankenhausaufenthalts liegen. Die vorliegende Befragung hat gezeigt, dass diese an beiden Krankenhäusern die größte Bedeutung hat (Abb. 45).

5. Fazit

Zusammenfassend wird deutlich, dass sich die beiden Patientengruppen bezüglich ihrer Erwartungen an den Krankenhausaufenthalt nicht unterscheiden. Bei der Krankenhauswahl spielt die Fachkompetenz der Abteilung für die Patienten die wichtigste Rolle. Diesbezügliche Informationen bieten in der heutigen Zeit die modernen Medien (Bürger, 2003a; Bürger, 2003b). Der Hausarzt beziehungsweise der behandelnde Facharzt übernimmt in den meisten Fällen eine entscheidende Funktion bei der Einweisung und übernimmt im Hinblick auf die Patientenrekrutierung für die Krankenhäuser eine wichtige Rolle.

Für die Patienten ist die medizinische Versorgung der wichtigste Aspekt bei einem Krankenhausaufenthalt.

Der Fokus liegt auf der Genesung und lässt den Komfort während des Krankenhausaufenthalts in den Hintergrund treten.

Auch die eigene Privatsphäre sehen die Patienten im Krankenhaus ausreichend gewahrt.

Einen deutlichen Unterschied gibt es bei der Zufriedenheit mit der Verpflegung und Unterhaltung im Krankenhaus. Diese ist im peripheren Krankenhaus offensichtlich besser. Dies wird durch die höheren Zufriedenheitswerten der Befragten erkennbar ist. Eine Erklärung hierfür ist der Konkurrenzkampf der Krankenhäuser um die Patienten der Region und die Sicherung eines Wettbewerbsvorteils durch verbesserte Komfortkomponenten.

Auch ist das periphere Krankenhaus anscheinend übersichtlicher und weniger anonym aufgebaut. Deutlich wird jedoch, dass diese Punkte für die Patienten in der Bedeutung nicht entscheiden sind.

Sowohl den Patienten des UKB als auch des JKH ist neben der medizinischen Versorgung besonders die menschliche Zuwendung, die eigene Beteiligung und eine ausreichende Informationsübermittlung während des Krankenhausaufenthalts wichtig. Sie führt dazu, dass sie sich gut betreut fühlen. Der Zeitmangel des Personals wird von den Patienten beider Krankenhäuser wahrgenommen. Sie wünschen sich besonders für die Gespräche mit den Ärzten mehr Zeit.

Die Patienten interessieren sich für ihre Erkrankung, deren Ursachen, Folgen und das weitere Vorgehen. Sie möchten aktiv mit einbezogen werden und gemeinsam mit den Ärzten entscheiden. Die Patienten wünschen sich einen offenen Umgang mit Fehlern und bemerken diese öfter als angenommen wird.

Anzumerken ist jedoch der fehlende Beweis dafür, dass es sich bei den von den Patienten als fehlerhaft interpretierten Aktionen auch tatsächlich um Fehler handelte und die Situation nicht eventuell falsch eingeschätzt wurde.

Deutlich wird, dass ein Bewusstsein für Fehler existiert. Den Patienten ist es wichtig zur Vermeidung von Fehlern beizutragen und die Auswertungen zeigen einen Bedarf, Patienten bei der Fehlervermeidung besser miteinzubeziehen.

Anhang: Fragebogen zur Patientenzufriedenheit

SEHR GEEHRTE PATIENTIN, SEHR GEEHRTER PATIENT!

BITTE FÜLLEN SIE DIESEN FRAGEBOGEN FÜR UNS AUS!

SIE TRAGEN DAMIT DAZU BEI, DASS DER AUFENTHALT AM UNIKLINIKUM BONN FÜR DIE PATIENTEN IN ZUKUNFT NOCH ANGENEHMER WIRD UND BESTEHENDE SCHWACHSTELLEN ERKANNT UND VERBESSERT WERDEN.

DER FRAGEBOGEN WIRD UMGEFÄHR 10 MINUTEN IHRER ZEIT IN ANSPRUCH NEHMEN.

VIELEN HERZLICHEN DANK!

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

Anbei einige Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens.

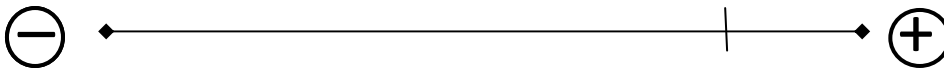
Fragentyp 1

Skalierung: Bitte machen Sie eine Markierung auf den Strich!

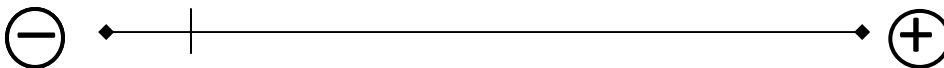
Beispiel:

Wie zufrieden sind Sie?

(- = überhaupt nicht zufrieden; + = sehr zufrieden)



(Dies heißt, dass Sie eigentlich zufrieden sind)



(Dies heißt, dass Sie eher nicht zufrieden sind)

Fragentyp 2

Ankreuzen: Bitte kreuzen Sie das zutreffende an! (Es sind auch mehrere Kreuze möglich.)

....

....

....

Oder:

Ja

Nein

Fragentyp 3

Offene Antwort: Notieren Sie Ihre Antwort in kurzen Sätzen oder stichwörtlich.

FRAGEBOGEN ZUR PATIENTENZUFRIEDENHEIT

Geschlecht: Weiblich Männlich **Alter:** _____

Nationalität: _____

Beruf: _____

Behandelnde Fachabteilung (Chirurgie, Urologie usw.):

Station auf der Sie liegen: _____

Wie lange sind Sie schon im Krankenhaus? _____

Haben Sie Vorerkrankungen? Wenn ja, welche sind Ihnen bekannt?

(z.B. Bluthochdruck, Herzerkrankung, Asthma, COPD usw.)

Falls Sie Vorerkrankungen haben, wie sehr beeinträchtigen Sie diese insgesamt im alltäglichen Leben?

(Bitte machen Sie dies durch einen Strich auf der folgenden Skala deutlich:

– = sie beeinträchtigen mich gar nicht; + = sie beeinträchtigen mich sehr)



Geplante Operation: _____

ambulant stationär

Vorangegangene Operation (In welchem Jahr und in welcher Klinik? soweit Sie sich erinnern können): _____

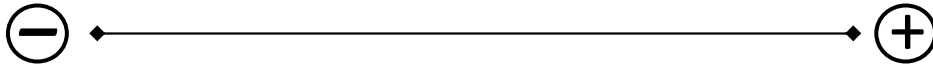
Frage 1

Wie wichtig ist es Ihnen, dass Sie über die folgenden Punkte gut informiert sind?

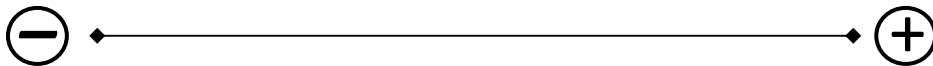
(Bitte machen Sie dies durch einen Strich auf der jeweiligen Skala deutlich:

- = unwichtig; + = sehr wichtig)

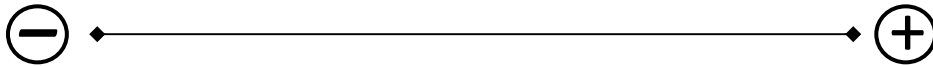
- die Ursachen Ihrer Erkrankung:



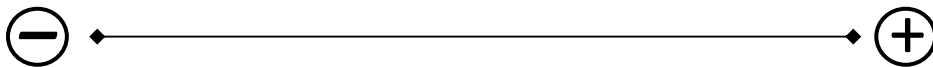
- die Folgen Ihrer Erkrankung:



- die Untersuchungsergebnisse:



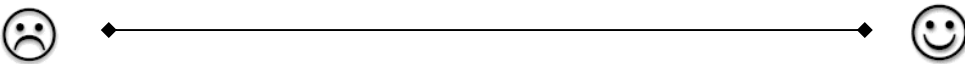
- die Operation (Vorgehen bei der Operation):



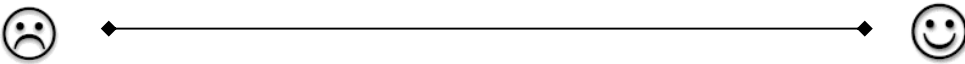
Wie gut fühlen Sie sich über diese Punkte informiert?

(☹ = gar nicht informiert; ☺ = sehr gut informiert)

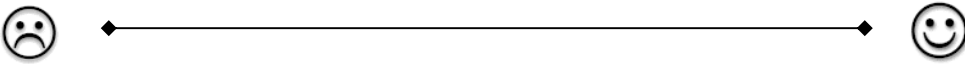
- die Ursachen Ihrer Erkrankung:



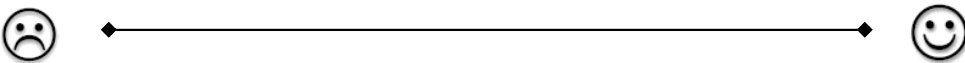
- die Folgen Ihrer Erkrankung:



- die Untersuchungsergebnisse:



- die Operation (Vorgehen bei der Operation):



Wenn Informationsprobleme bestanden, woran lag das Ihrer Meinung nach?
(Bitte kreuzen Sie alles an, was für Sie zutrifft)

Schlechtes Aufklärungsmaterial

Zeitmangel des Klinikpersonals

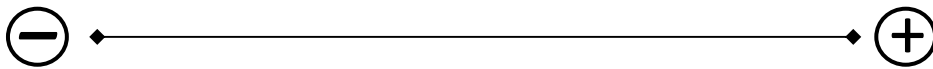
Sprachliche Probleme

Sonstiges:

Frage 2

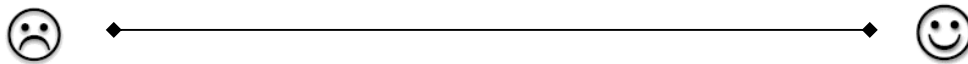
Wie wichtig sind Ihnen Informationsangebote während des Krankenhausaufenthalts?

(- = völlig unwichtig; + = sehr wichtig)



Wie zufrieden sind Sie mit den Informationsangeboten während des Krankenhausaufenthalts?

(☹ = völlig unzufrieden; ☺ = sehr zufrieden)



Wenn Sie nicht völlig zufrieden sind, welche Art von Informationsangeboten würden Sie sich mehr wünschen?

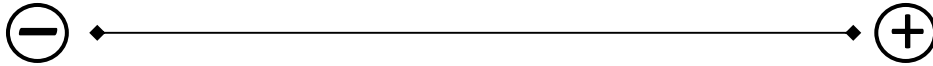
- Schriftliches Informationsmaterial
- Elektronische Informationsangebote
- Krankheitsbezogene Schulungen von Fachpersonal für Patienten
- Gesprächsrunden mit anderen Patienten

Anderes:

Frage 3

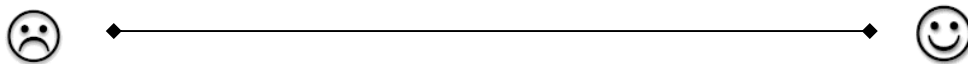
Wie wichtig ist es Ihnen zu wissen, wie Sie Ihrer Krankheit in Zukunft vorbeugen können?

(- = ist mir unwichtig; + = das ist mir sehr wichtig)



Sind Sie zufrieden mit den Informationen, die Sie zu vorbeugenden Maßnahmen erhalten haben?

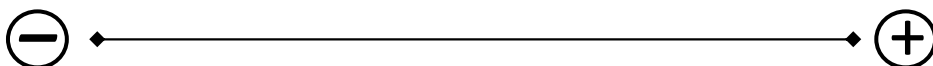
(☹ = ich wünsche mir unbedingt mehr Information; ☺ = ich bin völlig zufrieden mit den erhaltenen Informationen)



Frage 4

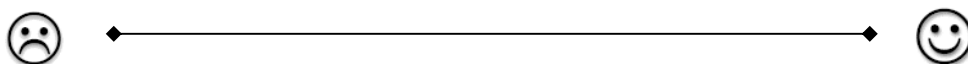
Wie wichtig ist Ihnen, dass Ärzte Sie in die Therapieplanung mit einbeziehen?

(- = unwichtig; + = sehr wichtig)



Sind Sie zufrieden mit Ihrem Mitspracherecht bei der Therapieplanung?

(☹ = ich bin völlig unzufrieden; ☺ = ich bin sehr zufrieden)



Frage 5

Die Sie betreffenden Therapieentscheidungen ...

- ... treffen Sie selbst
- ... treffen Sie gemeinsam mit Ihren Angehörigen
- ... treffen Sie gemeinsam mit den Ärzten
- ... überlassen Sie ausschließlich den Ärzten
- Sonstiges: _____

Frage 6

**Haben Sie sich schon mal in einer Entscheidungssituation bezogen auf Ihre Erkrankungen /
Therapien überfordert gefühlt?**

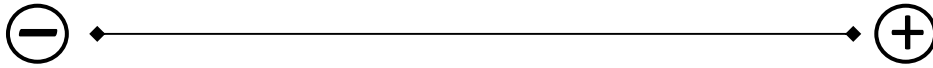
- Ja
- Nein

Falls ja, warum?

Frage 7

Fühlen Sie sich von den Ärzten bevormundet?

(- = gar nicht bevormundet; + = stark bevormundet)



Falls Sie sich bevormundet fühlen, geben Sie bitte spezielle Situationen an:

Frage 8

Wie viele Ärzte sind an Ihrer Behandlung beteiligt?

(Geben Sie eine ungefähre Anzahl an)

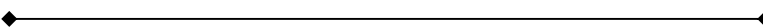
Kennen Sie alle Ärzte, die Sie behandeln?

Ja

Nein

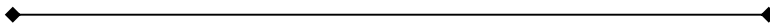
Wie wichtig ist Ihnen der persönliche Kontakt zu den Ärzten?

(- = überhaupt nicht wichtig; + = sehr wichtig)



Wie zufrieden sind Sie mit dem persönlichen Kontakt zu den Ärzten?

(☹ = ich wünsche mir unbedingt mehr Kontakt; ☺ = ich bin völlig zufrieden)



Wünschen Sie sich mehr Zeit für Gespräche mit den Ärzten?

Ja

Nein

Bemerkungen (z.B. Themen, die Sie gerne intensiver besprechen würden):

Frage 9

Wie viele Pflegepersonen sind an ihrer Behandlung beteiligt?

(Geben Sie eine ungefähre Anzahl an)

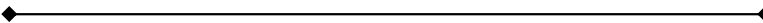
Kennen Sie alle Pflegepersonen, die Sie versorgen?

Ja

Nein

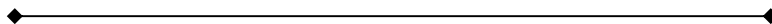
Wie wichtig ist Ihnen der persönliche Kontakt zu den Pflegepersonen?

(- = überhaupt nicht wichtig; + = sehr wichtig)



Wie zufrieden sind Sie mit dem Kontakt zu den Pflegepersonen?

(☹ = ich wünsche mir unbedingt mehr Kontakt; ☺ = ich bin völlig zufrieden)



Wünschen Sie sich mehr Zeit für Gespräche mit den Pflegepersonen?

Ja

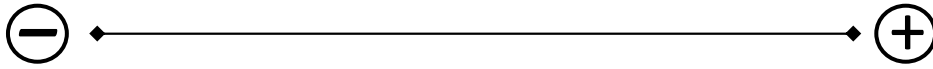
Nein

Bemerkungen(z.B. Themen, die Sie gerne intensiver besprechen würden)

Frage 10

Fühlen Sie sich mitverantwortlich für ein gutes Gelingen Ihrer Behandlung?

(- = ich fühle mich überhaupt nicht mitverantwortlich; + = ich fühle mich sehr mitverantwortlich)



Frage 11

Kennen Sie die Tabletten, die Ihnen hier verabreicht werden?

Ja

Nein

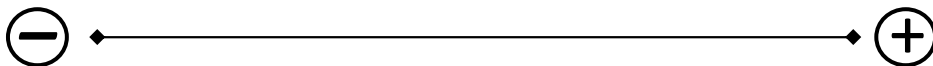
Wenn Nein: Würden Sie vor der Tabletteneinnahme nachfragen?

Ja

Nein

Wie wichtig ist es Ihnen, dass sie Ihre Tabletten kennen?

(- = die Tabletten interessieren mich nicht; + = mir ist es sehr wichtig meine Tabletten zu kennen)



Frage 12

Trauen Sie sich die Ärzte auf Dinge aufmerksam zu machen, die Sie stören?

- Ja
- Nein

Trauen Sie sich das Pflegepersonal auf Dinge aufmerksam zu machen, die Sie stören?

- Ja
- Nein

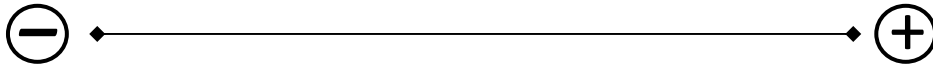
Haben Sie die Ärzte/ das Pflegepersonal während Ihrer Behandlung schon einmal auf Fehler aufmerksam gemacht?

- Ja
- Nein
- Wenn Ja, in welcher Situation?:

Frage 13

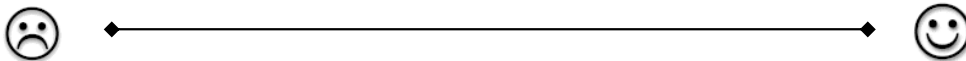
Wie wichtig ist es Ihnen selbst zur Fehlervermeidung im Krankenhaus beizutragen?

(- = es ist mir nicht wichtig; += ist mir sehr wichtig)



Haben Sie das Gefühl, dass Sie selbst zur Fehlervermeidung im Krankenhaus beitragen?

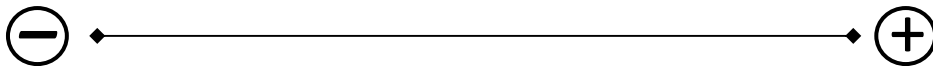
(☹ = nein, überhaupt nicht; ☺ = ja, sehr oft)



Frage 14

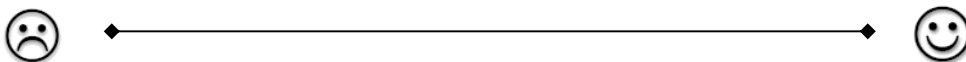
Wie wichtig ist es Ihnen, dass Fehler von Ärzten offen angesprochen werden?

(- = es ist mir nicht wichtig; += ist mir sehr wichtig)



Wurden Fehler (falls vorgekommen) schon einmal von Ärzten offen angesprochen?

(☹ = nein; ☺ = ja)

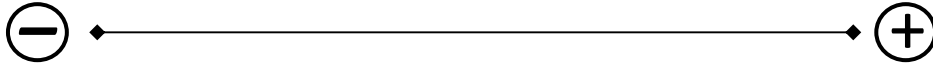


Frage 15

Wie wichtig ist Ihnen, dass Ihre Privatsphäre respektiert wird?

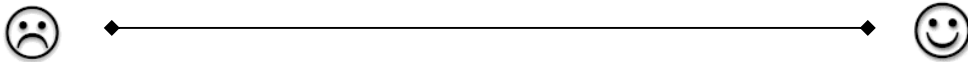
(z.B. Gespräche über Ihre Erkrankung vor anderen Patienten)

(- = es ist mir nicht wichtig; + = meine Privatsphäre ist mir sehr wichtig)



Fühlen Sie Ihre Privatsphäre respektiert?

(☹ = nein, überhaupt nicht; ☺ = ja, sehr)



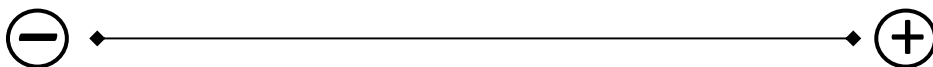
Bemerkungen (Was vermissen Sie? Was stört Sie? Haben Sie Verbesserungsvorschläge?):

Frage 16

Welche Ihrer Bedürfnisse werden in dieser Klinik nicht erfüllt?

Wie wichtig sind diese hier nicht erfüllten Bedürfnisse für Sie?

(- = nicht wichtig; + = es handelt sich um für mich sehr wichtige Bedürfnisse)

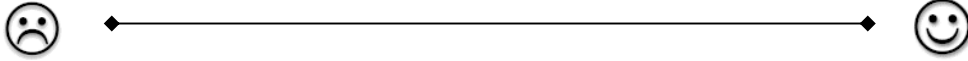


Frage 17

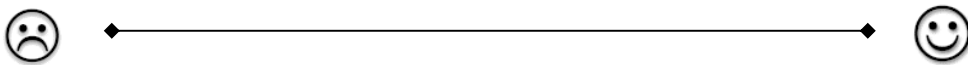
Fühlen Sie sich in den folgenden Bereichen sicher und gut betreut?

(☹ = überhaupt nicht gut betreut; ☺ = sehr gut betreut)

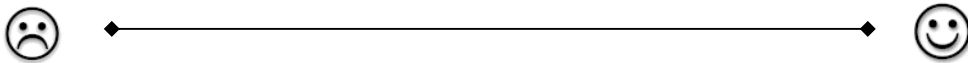
- auf der Station:



- im OP Bereich:



- in den anderen Bereichen (z.B. beim EKG, Röntgen, Lungentest, beim Transport, beim Ultraschall usw.)



Was genau führt dazu, dass Sie sich sicher und gut betreut fühlen?

Frage 18

Haben Sie Sorgen vor bestimmten Behandlungsrisiken? Bitte kreuzen Sie alles an, was für Sie zutrifft!

Ich habe keine Sorgen

Narkoseprobleme

Schmerzen

Blutungen

Wundheilungsstörungen

Infektionen

Thrombose

Fehlerhafter Ablauf

Andere _____

Frage 19

Wie hat sich Ihre Sorge diesbezüglich während des Krankenhausaufenthaltes verändert?

Zugenommen

gleich geblieben

abgenommen

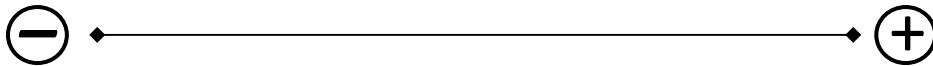
Was hat dazu geführt, dass sich Ihre Sorge verändert hat?

Frage 20

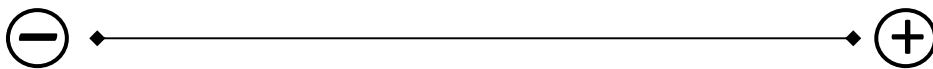
Wie wichtig ist für Sie ...

(- = gar nicht wichtig; + =sehr wichtig)

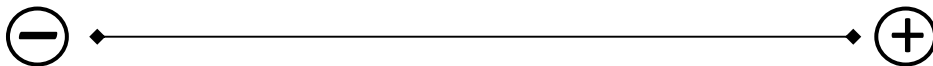
... die menschliche Zuwendung?



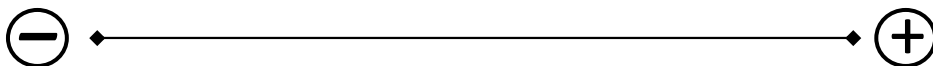
... die medizinische Versorgung?



... die Verpflegung?



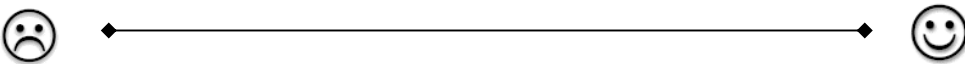
... die Unterhaltung/Ablenkung?



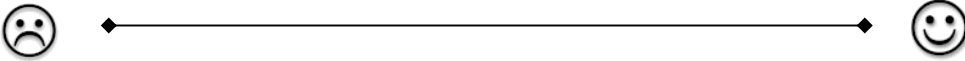
Wie zufrieden sind Sie mit ...

(☹ = völlig unzufrieden; ☺ = sehr zufrieden)

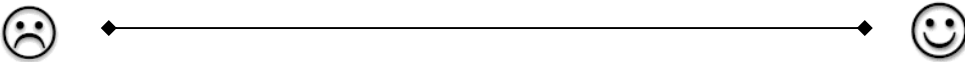
... der menschlichen Zuwendung?



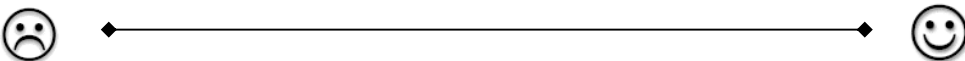
... der medizinischen Versorgung?



... der Verpflegung?



... der Unterhaltung / Ablenkung?



Frage 21

Warum haben Sie sich für eine Behandlung am Uniklinikum Bonn entschieden?

Bitte kreuzen Sie zutreffendes an.

- Mein Hausarzt hat es mir empfohlen
- Die Fachabteilung in der ich behandelt werde, hat einen sehr guten Ruf
- Meine Behandlung ist so kompliziert, dass Sie nur an der Uniklinik möglich ist
- Die Uniklinik hat die beste technische Ausstattung
- Empfehlung von Bekannten / Freunden / Familie, aufgrund guter Erfahrungen

Was war für Sie der wichtigste Grund sich am Uniklinikum Bonn behandeln zu lassen?

Frage 22

Haben Sie Verbesserungsvorschläge zu folgenden Aspekten? Falls ja, bitte notieren sie diese kurz!

- zeitlicher Ablauf?

- medizinische Versorgung?

- zwischenmenschliche Beziehungen (Kommunikationsform, Autorität)?

- Sicherheitsaspekte im Krankenhaus?

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

**Ihre Antworten helfen uns, Ihren Wünschen
in Zukunft besser zu entsprechen.**

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Strukturelle Merkmale der Befragten.....	31
Abbildung 2: Behandelnde Fachabteilung und stationäre Aufenthaltsdauer der Befragten	32
Abbildung 3: Beeinträchtigung der Patienten durch Vorerkrankungen	33
Abbildung 4: Vergleich von Bedeutung und tats. Kenntnisstand zur Erkrankungsursache.....	34
Abbildung 5: Vergleich von Bedeutung und tats. Kenntnisstand zu den Erkrankungsfolgen	35
Abbildung 6: Vergleich von Bedeutung und tats. Kenntnisstand der Untersuchungsergebnisse	36
Abbildung 7: Vergleich von Bedeutung und tats. Kenntnisstand bzgl. des operativen Eingriffs	37
Abbildung 8: Gründe der Patienten für Informationsprobleme	38
Abbildung 9: Bedeutung und Zufriedenheit der Patienten mit dem Informationsangebot	39
Abbildung 10: Bedarf zusätzlicher Informationsangebote.....	40
Abbildung 11: Aufklärung zu Maßnahmen der Krankheitsvorbeugung	41
Abbildung 12: Einbindung der Patienten in die Therapieplanung	42
Abbildung 13: Beteiligung an Therapieentscheidung	43
Abbildung 14: Überforderung der Patienten bei Entscheidungen bzgl. Erkrankung / Therapie.....	44
Abbildung 15: Gründe für Überforderung in Entscheidungssituationen	45
Abbildung 16: Arten der Bevormundung von Patienten.....	46
Abbildung 17: Anzahl des medizinischen Personals bei der Patientenbetreuung.....	47
Abbildung 18: Zufriedenheit mit dem medizinischem Personal	48
Abbildung 19: Bedeutung und Zufriedenheit mit dem Kontakt zu Ärzten	49
Abbildung 20: Bedeutung und Zufriedenheit mit dem Kontakt zur Pflege	50
Abbildung 21: Gefühl der Eigenverantwortung für den Behandlungserfolg	51
Abbildung 22: Umgang der Patienten mit verordneten Tabletten.....	52
Abbildung 23: Wichtigkeit die eigenen Medikamente zu kennen	53
Abbildung 24: Umgang mit Fehlern des medizinischen Personals.....	54
Abbildung 25: Von Patienten beobachtete Fehlersituationen	55
Abbildung 26: Beteiligung der Patienten bei der Vermeidung von Fehlern	56
Abbildung 27: Bedeutung des offenen Umgangs mit Fehlern	57
Abbildung 28: Privatsphäre an den Krankenhäusern	58
Abbildung 29: Vorschläge zur Verbesserung der Patientenzufriedenheit	59
Abbildung 30: Bedeutung unerfüllter Bedürfnisse für die Patienten	60
Abbildung 31: Zufriedenheit mit der Betreuung in unterschiedlichen Bereichen	61
Abbildung 32: Angstauslösende Aspekte während der Behandlung	63
Abbildung 33: Veränderung der Sorge der Patienten während des Aufenthalts.....	64
Abbildung 34: Gründe für die Verringerung der Sorge	65

Abbildung 35: Gründe für die Vergrößerung der Sorge	66
Abbildung 36: Aspekte der Patientenzufriedenheit und deren Bedeutung und Erfüllung	67
Abbildung 37: Aspekte der Patientenzufriedenheit und deren Bedeutung und Erfüllung	68
Abbildung 38: Statistiken zu Abbildungen 36 und 37	69
Abbildung 39: Gründe für die Auswahl des Krankenhauses	70
Abbildung 40: Ausschlaggebende Gründe für die Krankenhauswahl	71
Abbildung 41: Rangfolge der PZI Faktoren (hier: deren Bedeutung für die Befragten)	73
Abbildung 42: Rangfolge der PZI Faktoren (hier: deren Erfüllungsgrad aus Sicht der Befragten).....	75
Abbildung 43: Rangfolge der Patientenzufriedenheitindices (PZI)	77
Abbildung 44: Multidimensionales Konzept der Patientenzufriedenheit (Darstellung der PZI)	78
Abbildung 45: Rangfolge der PZI Faktoren und der PZI (Vergleich der Krankenhäuser) – Vergleich der Mittelwerte auf Abszisse	81
Abbildung 46: PZI Komponenten im Vergleich der Krankenhäuser	82
Abbildung 47: Vergleich der Zufriedenheit mit Pflege- und Ärztekontakt am JKH	84
Abbildung 48: Vergleich der Bedeutung / Zufriedenheit menschl. Zuwendung und med. Versorgung am JKH.....	85
Abbildung 49: Vergleich der Bedeutung von Beteiligung und Komfort am JKH	86
Abbildung 50: Vergleich der Bedeutung von Information und Komfort am JKH.....	87
Abbildung 51: Vergleich der Bedeutung von Kontakt und Komfort am JKH.....	88
Abbildung 52: Vergleich der Bedeutung menschl. Zuwendung und med. Versorgung am UKB	89
Abbildung 53: Vergleich der Zufriedenheit menschl. Zuwendung und med. Versorgung am UKB.....	90
Abbildung 54: Vergleich der Bedeutung von Information und Komfort am UKB	91
Abbildung 55: Vergleich der Bedeutung von Beteiligung, Komfort und Kommunikation / Kontakt am UKB	92
Abbildung 56: Vergleich der Bedeutung von Komfort und Kommunikation / Kontakt am UKB	93
Abbildung 57: Vergleich Zufriedenheit Information und Beteiligung nach Altersgruppen ($p \leq 0,05$)	95
Abbildung 58: Vergleich der Zufriedenheit Komfort und Kontakt ($p \leq 0,05$) nach Altersgruppen	96
Abbildung 59: Bedeutung von Komfort im Generationenvergleich ($p \leq 0,05$)	98
Abbildung 60: Zufriedenheit mit Kommunikation / Kontakt im Generationenvergleich ($p \leq 0,05$)	99
Abbildung 61: Zufriedenheit mit Information im Generationenvergleich ($p \leq 0,05$)	100
Abbildung 62: Wichtigkeit von Information und Kommunikation / Kontakt im Generationenvergleich ($p \leq$ $0,05$).....	101
Abbildung 63: Zufriedenheit mit Komfort im Generationenvergleich ($p \leq 0,05$)	102
Abbildung 64: Bedeutung von Komfort im Generationenvergleich ($p \leq 0,05$)	103
Abbildung 65: PZI im Vergleich der Generationen	104
Abbildung 66: Vergleich der Bedeutung von Komfort bei Vorerkrankungen / ohne Vorerkrankungen.....	105

Abbildung 67: Rangfolge der PZI Faktoren und der PZI (Vergleich der Patienten mit und ohne Vorerkrankungen) – Vergleich der Mittelwerte auf der Abszisse	107
Abbildung 68: Vergleich der PZI Komponenten bei Vorerkrankungen / ohne Vorerkrankungen	108
Abbildung 69: Rangfolge der PZI Faktoren und der PZI (Vergleich der Patienten anhand der Aufenthaltslänge) – Vergleich der Mittelwerte auf der Abszisse	110
Abbildung 70: Vergleich der PZI Komponenten anhand der Aufenthaltslänge	111

Literaturverzeichnis

Agorsitas T, Bovier PA, Perneger TV. Patient reports of undesirable events during hospitalization. *Journal of General Internal Medicine*. 2005; 20: 922-928

Van Aken H. Weiterbildungsnachweis zur Erlangung der Bezeichnung Fachärztin / Facharzt für Anästhesiologie. Nürnberg: DGAI; 2007

Aschemann-Pilshofer B, Preamsberger E. 2001: Wie erstelle ich einen Fragebogen? Ein Leitfaden für die Praxis. <http://www.aschemann.at/Downloads/Fragebogen.pdf> (Zugriffsdatum: 05.08.2012)

Augurzky B, Beivers A, Gülker R. Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft. *rwi Materialien*. 2012; 72: 22-13

Aust B. Zufriedene Patienten?: Eine kritische Diskussion von Zufriedenheitsuntersuchungen in der gesundheitlichen Versorgung. Berlin: WZB, Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik; 1994

AWMF. 2013: Leitlinien/Informationen für Patienten. <http://www.awmf.org/leitlinien/patienteninformation.html> (Zugriffsdatum: 23.01.2013)

Bartels I. Generation X. Zum inflationären Gebrauch des Begriffes "Generation" im aktuellen Mediendiskurs. *Vokus volkscundlich-kulturwissenschaftliche Schriften*. 2002; 1: 44-73

Bestmann B, Verheyen F. Patientenzufriedenheit - Ergebnisse einer repräsentativen Studie in der ambulanten ärztlichen Versorgung. *WINEG Wissen*. 2010; 1: 1-24

Blum K. Patientenzufriedenheit bei ambulanten Operationen: Einflussfaktoren der Patientenzufriedenheit und Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Weinheim - München: Juventa; 1998

BMG. 2012: Strukturierte Behandlungsprogramme. <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/zusatzleistungen-wahltarife/strukturierte-behandlungsprogramme.html> (Zugriffsdatum: 17.01.2013)

BMJ. 2012: Patientenrechte auf der Zielgeraden Patientenrechtegesetz vom Bundestag verabschiedet. http://www.bmj.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2012/20121129_Patientenrechtegesetz_vom_Bundestag_verabschiedet.html (Zugriffsdatum: 13.01.2013)

BMJ, BMG. 2012: Referentenentwurf des Bundesministeriums der Justiz und des Bundesministeriums für Gesundheit. Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (Patientenrechtegesetz). http://www.bmj.de/SharedDocs/Downloads/DE/pdfs/RefE_Gesetz_zur_Verbesserung_der_Rechte_von_Patientinnen_und_Patienten.pdf?__blob=publicationFile (Zugriffsdatum: 13.01.2013)

Borowsky P, Dülffer M, Fahlenbrach K, Farin K, Horn G-R, Kleinert H, Klimke M, Kraushaar W, Negt O, Poiger UG, Scharloth J, Schildt A, Schönbohm W, Schulz K, Wolle S. 2008: Die 68er Bewegung. <http://www.bpb.de/geschichte/deutsche-geschichte/68er-bewegung/52108/redaktion> (Zugriffsdatum: 17.01.2013)

Bortz J, Lienert GA. Kurzgefasste Statistik für die klinische Forschung. Heidelberg: Springer Verlag; 2008: 39

Boston Consulting Group. 2001: Boston Consulting Group, Vital Signs Update: The E-Health Patient Paradox, BCG Fokus. http://www.bcg.com/publications/files/Vital_Signs_Update_Apr_01.pdf (Zugriffsdatum: 05.07.2007)

Braun GE. Sich nach außen darstellen – Informationswerbung des Krankenhauses. Krankenhaus Umschau. 1994; 8: 618-622

Braun GE. Schlüsselkunden-Management und ABC-Analyse. Führen und Wirtschaften im Krankenhaus. 1997; 5: 398-404

Braun GE, Schmutte AM, Spindler K, Strosche H. Ein Krankenhaus im Spiegelbild der niedergelassenen Ärzte. Führen und Wirtschaften im Krankenhaus. 1996; 1: 75-78

Briner M, Kessler O, Pfeiffer Y, Wehner T, Manser T. Erste Schweizer Erhebung zum klinischen Risikomanagement im Spital. Zusammenfassung der Ergebnisse. Schweizerische Ärztezeitung. 2009; 90: 635-638

Bruggemann A. Zur Unterscheidung verschiedener Formen von Arbeitszufriedenheit. Arbeit und Leistung. 1974; 28: 281-284

Buchhorn E, Werle K. 2011: Generation Y–Die Gewinner des Arbeitsmarkts. Spiegel-Online. <http://www.spiegel.de/karriere/berufsstart/generation-y-die-gewinner-des-arbeitsmarkts-a-766883.html> (Zugriffsdatum: 17.01.2013)

- Bürger C. Patientenorientierte Information und Kommunikation im Gesundheitswesen. Wiesbaden: Gabler; 2003a
- Bürger C. Mehr Informationen für Patienten und Versicherte – eine konzeptionelle und empirische Analyse, Diskussionspapier 14/03. München: Universität der Bundeswehr; 2003b
- Busse R, Tiemann O, Wörz M. Veränderungen des Krankenhausmanagements im Kontext des Wandels internationaler Gesundheitssysteme. In: Behrendt I, König HJ, Krystek U (eds). Zukunftsorientierter Wandel im Krankenhausmanagement. Berlin - Heidelberg: Springer; 2009: 15-36
- Cleary PD, Edgman-Levitan S, Roberts M, Moloney TW, McMullen W, Walker JD. Patients Evaluate Their Hospital Care: A National Survey. *Health Affairs*. 1991; 10: 254-267
- Dierks ML, Schaeffer D. Informationen über die Qualität der gesundheitlichen Versorgung – Erwartungen und Forderungen der Patienten. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (eds). Krankenhaus-Report 2004. Stuttgart: Schattauer; 2005: 135-150
- Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Ann Arbor Michigan: Health Administration Press; 1980
- Donabedian A. Criteria and Standards for Quality Assessment and Monitoring. *Quality Review Bulletin*. 1986; 12: 99-108
- Düssel M. 2007: Zukunft Krankenhaus. www.duessel.com/zukunft-krankenhaus/flyer_zukunft_krankenhaus_2007_01_29 (Zugriffsdatum: 17.08.2013)
- Elkeles T. Arbeitsorganisation in der Krankenpflege: Zur Kritik der Funktionspflege. Frankfurt a. M.: Mabuse; 1993
- Engelhardt K, Wirth A, Kindermann L. Kranke im Krankenhaus. Grenzen und Ergänzungsbedürftigkeit naturwissenschaftlich-technischer Medizin. Stuttgart: Enke; 1973
- Fehrsen GS, Henbest RJ. In search of excellence. Expanding the patient-centred clinical method: a three-stage assessment. *Family Practice*. 1993; 10: 49-54
- Festinger L. A Theory of Cognitive Dissonance. Stanford, California: Stanford University Press; 1957

- Feuerstein G, Bandura B. Patientenorientierung durch Gesundheitsförderung im Krankenhaus. Zur Technisierung, Organisationsentwicklung, Arbeitsbelastung und Humanität im modernen Medizinbetrieb. Düsseldorf: Gutachten im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung; 1991
- Frank O. Qualitätssicherung - auch aus der Sicht der Patienten. Schweizerische Ärztezeitung. 2005; 6: 353-355
- Gawande AA, Thomas EJ, Zinner MJ, Brennan TA. The incidence and nature of surgical adverse events in Colorado and Utah in 1992. *Surgery* 1999; 126: 66-75
- Gitlow S. The online community as a healthcare resource. In: Nash DB, Manfredi MP, Bozarth B, Howell S (eds). *Connecting with the new Healthcare Consumer: Defining your Strategy*. New York: McGraw-Hill; 1999: 113-133
- Goodman JA, Malech AR, Marra TR. Beschwerdepolitik unter Kosten / Nutzen Gesichtspunkten - Lernmöglichkeiten aus den USA. In: Hansen U, Scheonheit I (eds). *Verbraucherzufriedenheit und Beschwerdeverhalten*. Frankfurt - New York: Springer; 1987: 165-203
- Grol R, Wensing M. 1998: EUROPEP - Studie - Fragebogenentwicklung. <http://www.aqua-institut.de/de/projekte/evaluation-forschung/europep-studie-fragebogenentwicklung.html>
(Zugriffsdatum: 22.10.12)
- Gross D, Schäfer G. Die Auswirkungen von E-Health auf die Arzt-Patienten-Beziehung – Medizinethische Überlegungen zu einem ungeklärten Verhältnis. In: Gross D, Jakobs EM (eds). *E-health und technisierte Medizin: Neue Herausforderungen im Gesundheitswesen*. Münster: LIT Verlag; 2007: 13-28
- Hautzinger N. Der informierte Patient-Herausforderung für die Pharmakommunikation. *Medien- und Kommunikationswissenschaft*. 2003; 51: 599-613
- Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AHS, Dellinger EP, Herbosa T, Joseph S, Kibatala PL, Lapitan MCM. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *New England Journal of Medicine*. 2009; 360: 491-499
- Hermann S, Meinlschmidt G. Eine repräsentative Erhebung zur Gesundheitspolitik, der Politik im Allgemeinen und zur Pflegeproblematik. Berlin: Senatsverwaltung für Gesundheit; 1991

- Herrero JLL, Reina C, Blasco L, Fernandez E, Plaza M, Mateo E. Drug Errors in Anesthesia Practice: Four Cases of Non-Fatal Morbidity. *Revista Brasileira de Anestesiologia*. 2010; 60: 70-74
- Herrmann M, Heintze C. Integration von Qualitätsdarlegungen in die Arzt-Patienten-Beziehung. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (eds). *Krankenhaus-Report 2004*. Stuttgart: Schattauer; 2005: 179-196
- Hibbeler B. Hochschulmedizin unter Druck. *Deutsches Ärzteblatt*. 2012; 109: 1302-1304
- Hill S. «Internet-Challenge» im Gesundheitswesen: Der informierte Patient will neue Formen des Angebots. *Neue Züricher Zeitung, Ressort Wirtschaft*; 07.04.2001; 82: 28
- Homburg C, Rudolph B. Theoretische Perspektiven zur Kundenzufriedenheit. In: Simon H, Homburg C (eds). *Kundenzufriedenheit*. Wiesbaden: Gabler; 1998: 33-49
- Hurst I. Vigilant watching over: Mother's actions to safeguard their premature babies in the newborn intensive care nursery. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*. 2001; 15: 39-57
- Jäckel A. Chancen für eine Telematikplattform. In: Jähn K, Nagel E (eds). *e-Health*. Berlin - Heidelberg: Springer; 2004: 7-12
- Jazbinsek D. Gesundheitskommunikation. Erkundungen eines Forschungsfeldes. In: Jazbinsek D (ed). *Gesundheitskommunikation*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag; 2000: 11-31
- Judge K, Solomon M. Public Opinion and the National Health Service: Pattern and Perspectives in Consumer Satisfaction. *Journal of Social Policy*. 1993; 22: 299-327
- Jung HP, Wensing M, Grol R. What makes a good general practitioner: do patients and doctors have different views? *The British Journal of General Practice*. 1997; 47: 805-809
- Kable AK, Gibberd RW, Spigelmann AD. Adverse events in surgical patients in Australia. *Int Journal for Quality in Health Care*. 2002; 14: 269-276
- Karnieli-Miller O, Eisikovits Z. Physician as partner or salesman? Shared decision-making in real-time encounters. *Social Science und Medicine*. 2009; 69: 1-8
- Kirchgeorg M. 2012: Gabler Wirtschaftslexikon. Stichwort: Zufriedenheit. <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/11227/zufriedenheit-v5.html> (Zugriffsdatum: 22.10.12)

- Klaffke M, Becker KA. Personalmanagement: Wie man im Krankenhaus den Ansprüchen der "Millennials" gerecht werden kann. Deutsches Ärzteblatt. 2012; 20: 1020-1024
- Klingenberg A, Bahrs O, Szecsenyi J. Was wünschen Patienten vom Hausarzt? Erste Ergebnisse der europäischen Gemeinschaftsstudie. Zeitschrift für Allgemeinmedizin. 1996; 72: 180-186
- Klingenberg A, Bahrs O, Szecsenyi J. Wie beurteilen Patienten Hausärzte und ihre Praxen. Deutsche Ergebnisse der europäischen Studie zur Bewertung hausärztlicher Versorgung durch Patienten (EUROPEP). Zae Fq. 1999; 93: 437-445
- Kluge W. Patientenwünsche bezüglich ambulanter versus stationärer Rehabilitationskonzepte nach akutem Myokardinfarkt. Inaugural-Dissertation. Lübeck; 2004
- Krankenhausanstalten FdVD (edt). Menschen im Krankenhaus. Repräsentative Umfragen über Meinungen und Erfahrungen von Patienten und Besuchern durch drei Jahrzehnte. Mülheim/Ruhr: Fachvereinigung der Verwaltungsleiter dt. Krankenhausanstalten; 1988
- KTQ. 2013: Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen. www.ktq.de/fileadmin/Q_Berichte/KTQQB_82.pdf (Zugriffsdatum 20.08.2013)
- Kulbe A. Grundwissen Psychologie, Soziologie und Pädagogik: Lehrbuch für Pflegeberufe. Stuttgart: Kohlhammer; 2009
- Lang H, Faller H. Medizinische Psychologie und Soziologie. Heidelberg, New York, Berlin: Springer; 1999
- Lauterberg J, Blum K, Briner M, Lessing C. 2012: Befragung zum Einführungsstand von klinischem Risiko-Management (kRM) an deutschen Krankenhäusern. <http://www.ifpsbonn.de/projekte-1/projekte/abschlussbericht.pdf> (Zugriffsdatum: 17.01.2013)
- Lutzer P. 2010: Strukturierter Qualitätsbericht 2010. <http://www.kliniken.de/qualitaetsberichte/download/53113-Bonn-Johanniter-Krankenhaus-260530205-00-2010.pdf> (Zugriffsdatum: 21.10.2012)
- Lyons M. Should patients have a role in patient safety? A safety engineering view. Quality and Safety in Health Care. 2007; 16: 140-142
- Marstedt G. Auf der Suche nach gesundheitlicher Information und Beratung: Befunde zum Wandel der Patientenrolle. In: Böcken J, Braun B (eds). Gesundheitsmonitor 2003. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung; 2003: 117-135

- Mayo E. The human problems of an industrial civilization. New York: Macmillan; 1933
- Mittag O. Mach`ich mich krank? Lebensstil und Gesundheit. Bern: Huber; 1996
- Mittag O. Gesundheitliche Schutzfaktoren. In: Amann G, Wipplinger R (eds). Gesundheitsförderung. Tübingen: DGVT; 1998: 177-192
- Middendorf C. Klinisches Risikomanagement. Münster: LIT Verlag; 2005
- Montgomery FU. Die Unikliniken sind benachteiligt. Deutsches Ärzteblatt. 2013; 8: 300-302
- Mueller T. Typical medication errors in oncology: Analysis and prevention strategies. Onkologie. 2003; 26: 539-544
- Münker-Kramer E. 2003: Kommunikation mit Patienten im Krankenhaus. Ein Begriff verschiedene Szenen. Laut gedacht Wegweiser zur Umsetzung der Patientenrechte. <http://www.patientenanwalt.com/publikationen/expertenletter/expertenletter-zum-thema-kommunikation.html> (Zugriffsdatum: 05.08.2012)
- Neugebauer B, Porst R. 2001: Patientenzufriedenheit. Ein Literaturbericht. Zuma Methodenbericht. www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis_reihen/gesis_methodenberichte/2001/01_07.pdf (Zugriffsdatum: 05.08.2012)
- Parvanova M. „...das Symbol der Ewigkeit ist der Kreis.“: Eine Untersuchung der Motive in den Romanen von Erich Maria Remarque. Norderstedt: GRIN Verlag; 2003
- Pless H, Schafmeister S. Medizinische Fachangestellte im Krankenhaus: Ärzte und Pflegekräfte werden entlastet. Deutsches Ärzteblatt. 2009; 59
- Pöppel K. Wertwandel Beim Sozialen Dienstleister Krankenhaus: Eine Analyse zum Patientenbild. Frankfurt a. M.: Peter Lang; 2008
- Protschka J. Behandlungsfehler: Die Angst vor der Schuld. Deutsches Ärzteblatt. 2012; 51-52: 2112-2115
- Rakowitz N. 2013: Kliniken als Konkurrenz-Unternehmen. www.neues-deutschland.de/artikel/825864.kliniken-als-konkurrenz-unternehmen.html (Zugriffsdatum: 18.08.2013)
- Raulfs A. 2010: Entwicklung von Fragebögen für Umfragen. www.onlineresearch.de/texte/formulierungen.html (Zugriffsdatum: 17.08.2013)

- Robert Koch Institut. Empfehlung zur Prävention und Kontrolle von Methicillinresistenten Staphylococcus aureus-Stämmen (MRSA) in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen. Bundesgesundheitsblatt. 1999; 42: 954-958
- Rohde JJ. Der Patient im sozialen System des Krankenhauses. Leitgedanken zu einer patientenzentrierten Krankenhaussoziologie. In: Ritter-Röhr D (edt). Der Arzt, sein Patient und die Gesellschaft. Frankfurt am Main: 1975: 167-210
- Rüger B. Test- und Schätztheorie. München: Oldenbourg; 2002
- Schipperges H. Alte Wege zu neuer Gesundheit: Modelle gesunder Lebensführung. Bad Mergentheim: Atrio-Verlag; 1983
- Schlagintweit E. Empowerment zwischen Markt und Staat-Genossenschaften als Instrument der Patientenautonomie. In: Allgeier M (edt). Solidarität, Flexibilität, Selbsthilfe: zur Modernität der Genossenschaftsidee. Wiesbaden: Verl. für Sozialwiss.; 2011: 89-104
- Schmidt J, Lamprecht F, Wittmann WW. Zufriedenheit mit der stationären Versorgung. Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen. Psychotherapie und med. Psychologie. 1989; 39: 248-255
- Schubert HJ. Change Management in Krankenhäusern. In: Busse R, Schreyögg J, Gericke C (eds). Management im Gesundheitswesen. Springer; 2006: 414-422
- Schulmeister L. Chemotherapy medication errors: Descriptions severity, and contributing factors. Oncology Nursing Forum. 2009; 26: 1033-1042
- Schwabach S, Bauer N. 2013: Erläuterungen zum Lehrkrankenhaus. <http://www.stadt-krankenhaus-schwabach.de/stadtkrankenhaus-schwabach/allgemeines/lehrkrankenhaus/> (Zugriffsdatum: 23.01.2013)
- Schwappach D. Patientensicherheit aus Patientensicht. Care Management. 2009; 2: 31-33
- Schwappach D. Review: Engaging Patients as Vigilant Partners in Safety: A systematic Review. Medical Care Research and Review. 2010; 67: 119-148
- Schwappach D. "Against the silence": Development and first results of a patient survey to assess experiences of safety-related events in hospital. BMC Health Services Research. 2008; 8: 59
- Schwartz FW, Angerer P. Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten: Befunde und Interventionen. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2010

- Schwarz N, Strack F. Reports of subjective well-being: Judgmental processes and their methodological implications. In: Kahneman D, Diener E, Schwarz N (eds). New York: Russell Sage; 1999: 61-84
- Schwarz R. Anspruch und Wirklichkeit-Patientenorientierung im Klinikalltag ist oberstes Gebot. *Der Klinikarzt*. 2006; 35: XVI-XVII
- Sens B, Wenzlatt P, Pommer S, Hardt H. Auswirkungen der DRG-Einführung. Die Qualität hat nicht gelitten. *Deutsches Ärzteblatt*. 2010; 107: 25-27
- Siegrist J. Der Doppelaspekt der Patientenrolle im Krankenhaus: Empirische Befunde und theoretische Überlegungen. In: Begemann H (edt). *Patient und Krankenhaus*. München: Urban und Schwarzenberg; 1976: 25-48
- Spitzenverbände der Krankenkassen. 2001: Gemeinsame Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Förderung und Durchführung von Patientenschulungen auf der Grundlage von § 43 Nr. 2 SGB V. http://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/content/gesundheitspartner/bund/rhea/empfehlungenvereinbarungen/patschulung_empf_spiv_kk_patientenschulungen_par43nr2_sgb5_11_06_2001.pdf (Zugriffsdatum: 05.08.2012)
- Spitzenverband GKV. 2013: Patientenrechte. http://www.gkv-spitzenverband.de/presse/themen/patientenrechte/thema_patientenrechte.jsp (Zugriffsdatum: 13.01.2013)
- Stauss B, Seidel W. *Beschwerdemanagement: Unzufriedene Kunden als profitable Zielgruppe*. München: Carl Hanser Verlag; 2007
- Stocker B. 2008: Die Baby Boomer. http://www.aduno-gruppe.ch/Grafiken/PDF/BabyBoomer_D (Zugriffsdatum: 17.01.2013)
- Strack F. Zur Psychologie der standardisierten Befragung. In: Albert D, Pawlik K, Stapf KH, Stroebe W (eds). *Lehr- und Forschungstext Psychologie 48*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer; 1994: 59-62
- Streich W. Qualität in der ambulanten Versorgung. In: Böcken J, Braun B, Schnee M (eds). *Gesundheitsmonitor 2002*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung; 2002: 88-96
- Szabados T. *Krankenhäuser als Leistungserbringer in der gesetzlichen Krankenversicherung*. Berlin - Heidelberg: Springer; 2009

- Taupitz J. Grenzen der Patientenautonomie. In: Brugger W, Haverkate G (eds). Grenzen als Thema der Rechts- und Sozialphilosophie. Wiesbaden: Franz Steiner; 2002: 83-130
- Töpfer A, Hunger HG, Gabel B. Der Mitarbeiter-Zufriedenheits-Index (MZI) in der Krankenhauspraxis. In: Albrecht M, Töpfer A (eds). Erfolgreiches Changemanagement im Krankenhaus. Heidelberg: Springer; 2006: 321-330
- Unruh KT, Pratt W. Patients as actors: The patient's role in detecting, preventing and recovering from medical errors. *International Journal of Medical Informatics*. 2006; 7: 236-244
- Vielhoff R, Bogen C. E-Health aus Sicht der Medien- und Kommunikationswissenschaften. In: Jähn K, Reiher M, Nagel E (eds). E-Health im Spannungsfeld zwischen Entwicklung und Anwendung 2. Symposium der Arbeitsgruppe e-Health and Health Communication. Berlin: AKA; 2007: 111-122
- Vieweg-Marks K. Patientenbefragung. Gute Noten für die Gelsenkirchener Krankenhäuser. *DOK-Politik Praxis Recht*. 1993; 355-356
- von Weizsäcker V. Randbemerkungen über Aufgabe und Begriff der Nervenheilkunde. *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*. 1925; 87: 1-22
- Vorstand des UKB. 2010: Qualitätsbericht 2010. [http://www.ukb.uni-bonn.de/42256BC8002B7FC1/vwLookupDownloads/QM2010.pdf/\\$FILE/QM2010.pdf](http://www.ukb.uni-bonn.de/42256BC8002B7FC1/vwLookupDownloads/QM2010.pdf/$FILE/QM2010.pdf) (Zugriffsdatum: 22.10.2012)
- Witzel K, Kaminski C, Struve G, Koch HJ. Einfluss des Fernsehkonsums auf die Angst vor einer Operation. *NeuroGeriatric*. 2008; 5: 57-61

Danksagung

Ich danke meinem Doktorvater Herrn Prof. Dr. Baumgarten für die Überlassung des interessanten Themas und seine Unterstützung bei der Bearbeitung.

Besonders danke ich Frau Dr. Wittmann für ihre sehr gute Betreuung, ihr Engagement, die hilfreichen Ratschlägen und die konstruktive Kritik.

Mein herzlicher Dank gilt den Patienten des UKB und des JKH, die an der Befragung teilgenommen haben und mit ihrem Interesse an dem Thema die Analysen erst ermöglichten.

Danken möchte ich auch Herrn Prof. Dr. Türler und Herrn Lutzer für die Möglichkeit die Befragung am JKH durchzuführen.

Mein tiefster Dank gilt meinem Mann Jeremy Murday für seine unbändige Geduld und Hilfsbereitschaft bei der Korrektur der Arbeit und die großartige emotionale und technische Unterstützung.

Abschließend möchte ich meinen Eltern danken, auf die in allen Phasen meines Lebens und auch in den Höhen und Tiefen der vorliegenden Arbeit immer Verlass war. Ich danke ihnen für ihr bedingungsloses Vertrauen und die stetige Motivation.