

## "Maß nehmen"

In den letzten fünf Jahren haben Patientenbefragungen in deutschen Krankenhäusern einen höheren Stellenwert erlangt. Die Verantwortlichen sahen, daß defizitorientierte qualitative Erfassungen nicht mehr ausreichen und suchen nun Befragungsinstrumente, die als Werkzeug im **Qualitätsmanagement** und als **Benchmarking-Tool** verwendet werden können. Die besonderen Anforderungen reichen von der Fragebogen-Konzeption über die Befragungsmethodik, die Auswertungsoptionen (Detailauswertungen bis auf Stationsebene) bis zu den Möglichkeiten des externen und internen Ergebnisvergleichs. Die Beurteilung der Qualität von Befragungskonzepten rückte stärker in Vordergrund.

Im folgenden werden Grundprobleme von Befragungsmethoden an einem anschaulichen Modell stufenweise erläutert und kommentiert (Abb.1).

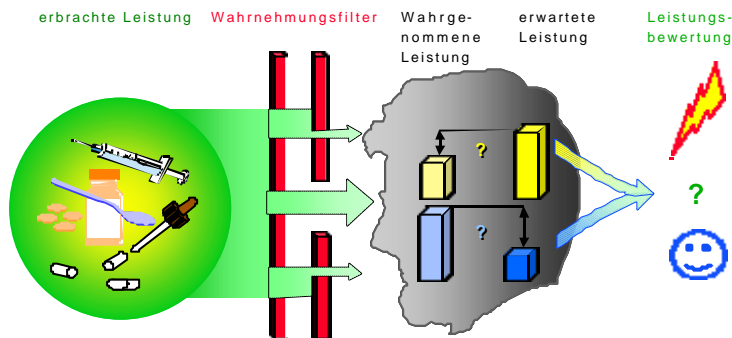


Abb.1: Leistungsbeurteilung durch den Patienten

Abb. 1 zeigt, daß die vom Krankenhaus erbrachten Leistungen nicht eins zu eins beim Patienten ankommen. Patienten sehen die erbrachten Leistungen aus ihrem Blickwinkel und mit ihrer „Brille“, (Wahrnehmungsfilter). Diese können durch Sehbehinderung, Schwerhörigkeit, Vorerfahrungen, Sympathie/Antipathie u.a.m. begründet sein. Erinnert beispielsweise ein Arzt an einen guten alten Freund, wird der Patient die Informationen offener aufnehmen, als bei einem anderen, ihm unbekanntem Menschen.

Aus der objektiv erbrachten Leistung wird nach dem Filtern der Informationen durch die Patienten die „wahrgenommene Leistung“. Der Patient vergleicht die „wahrgenommene Leistung“ mit seinen Erwartungen und bewertet sie. Damit verbunden sind Zufriedenheits-/Unzufriedenheitsgefühle. Vereinfacht kann man sagen: Trifft oder übertrifft die wahrgenommene Leistung die Erwartung, folgt Zufriedenheit; entspricht sie nicht der Erwartung, kommt es zu Unzufriedenheit.

Das Modell zeigt, daß drei Aspekte bei der Messung des Leistungserlebens des Patienten wichtig sind:

1. Wahrgenommene Leistung
2. Erwartungen (erwartete Leistung)
3. Leistungsbewertung (Ergebnis des Vergleichs ‚Erwartete und Wahrgenommene Leistung‘)

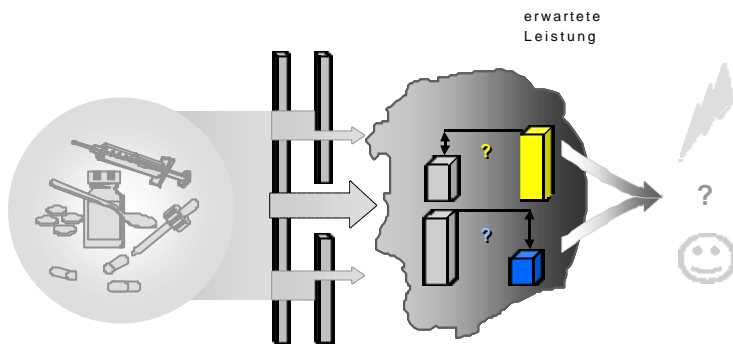


Abb. 2: Patientenerwartung

### Patientenerwartungen

Die Erwartungen der Leistungsempfänger sind vielschichtig. Der sozio-kulturelle Hintergrund beeinflusst in besonderem Maß die individuellen Erwartungen. Aber auch innerhalb eines Kulturkreises unterscheiden sich die Erwartungen der Menschen an Kliniken deutlich. Da die Patienten ihre Erwartungen als Meßplatte benutzen, sind sie der Ausgangspunkt bei der Messung des Leistungserlebens des Patienten und Bestandteil einer sauberen Messung der Patientenzufriedenheit.

Einige Befragungskonzepte versuchen über statistische Methoden die Erwartungen der Patienten zu erfassen (z. B. Hildebrandt GesundheitsConsult). Es gibt jedoch deutliche Unterschiede zwischen solchen statistisch ermittelten Erwartungen und dem, was die Patienten äußern, wenn man sie direkt befragt.

Die Forschungsgruppe Metrik hat seit 1997 120 Patientenbefragungen in Krankenhäusern durchgeführt (mehr als 45.000 ausgewertete Patientenfragebögen), bei der die Patienten auch die Wichtigkeit der Themengebiete bewerteten. Die Ergebnisse sind in zweierlei Hinsicht interessant:

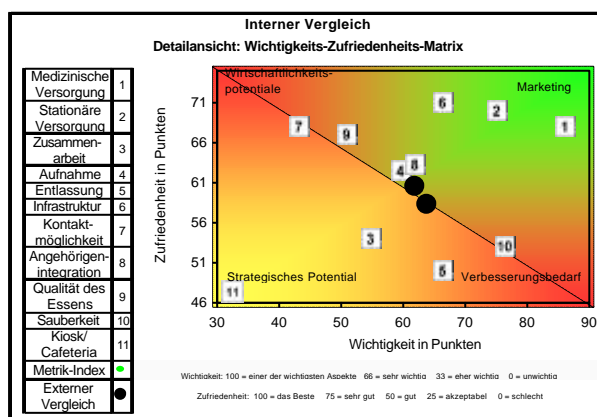


Abb. 3: Wichtigkeit und Zufriedenheitsergebnisse; Beispiel aus einem Krankenhaus

a) Als Trendaussage über die Rangfolge: (s. Abb. 3)

Der wichtigste Aspekt im Krankenhausbereich ist für den Patienten die ärztliche Betreuung, dicht gefolgt von der pflegerischen Betreuung und der subjektiv empfundenen Sauberkeit (hygienische Aspekte). Die Infrastruktur liegt im Mittelfeld und das Essen im unteren Drittel. Die Rangfolge im oberen Drittel deckt sich weitgehend mit anderen Untersuchungen (s.o). Wer bislang noch glaubte, daß das Essen den maßgeblichen Einfluß auf die Zufriedenheit der Patienten hat, wird umdenken müssen.

	Haus 1	Haus 2	Haus 3	Haus 4	Haus 5	Haus 6
38. Die Qualität des Essens ist mir ...	51	51	58	56	58	61
39. Die Sauberkeit im Krankenhaus ist mir ...	73	75	73	76	74	71
40. Der Gesamtzustand der Zimmer und des Gebäudes ist mir ...	63	66	63	66	61	62
41. Die pflegerische Betreuung ist mir ...	76	77	74	74	72	73
42. Die ärztliche Betreuung ist mir ...	89	88	85	85	80	80
43. Die Kontaktmöglichkeiten zu Mitpatienten sind mir ...	33	40	48	45	50	50
44. Geringe Wartezeiten sind mir ...	47	56	55	53	54	54

Wichtigkeit:  
100 = einer der wichtigsten Aspekte 66 = sehr wichtig 33 = eher wichtig 0 = unwichtig

Abb. 4: Wichtigkeitsbewertungen

b) Beim Vergleich von Krankenhäusern:

Vergleicht man die Ergebnisse der Wichtigkeitsbewertungen von unterschiedlichen Krankenhäusern, stellt man erhebliche Abweichungen fest. Die Abb. 4 zeigt die Punktwertung bei sechs willkürlich herausgegriffenen Krankenhäusern. Krankenhaus 1 und 6 haben im ärztlichen Bereich einen Punktwertunterschied von 9 Punkten. Da wir auf Intervallskalenniveau messen, können wir sagen, daß dies einer Abweichung von fast 20% entspricht! 20% der Patienten kreuzten hier statt „unwichtig“ und „eher wichtig“ die Antwortmöglichkeiten „einer der wichtigsten Aspekte“ und „sehr wichtig“ an. Bei der Pflege haben wir zwischen Haus 2 und 5 einen Unterschied von 10%.

Die Einschätzungen der Wichtigkeit von Themengebieten ist hausspezifisch; es kann sich auch hausbezogen die Rangfolge verschieben. Das bestätigt die Erfahrung von Praktikern, daß jedes Krankenhaus einen 'individuellen' Erwartungshorizont bei den Patienten auslöst. Aus diesem Grund ist es notwendig, die Erwartung hausbezogen – besser noch abteilungs- und stationsspezifisch – zu erfassen und in die Auswertung einzubeziehen.

**Frage- und Antworttypen**

Um die „Wahrgenommene Leistung“, die „Erwartete Leistung“ oder die „Leistungsbewertung“ zu erfassen, stehen unterschiedliche Frage- und Antworttypen zur Verfügung: Report und Rating. Reports werden auch als ereignisorientierte Fragen bezeichnet; Ratings sind sogenannte Einschätzungsfragen.

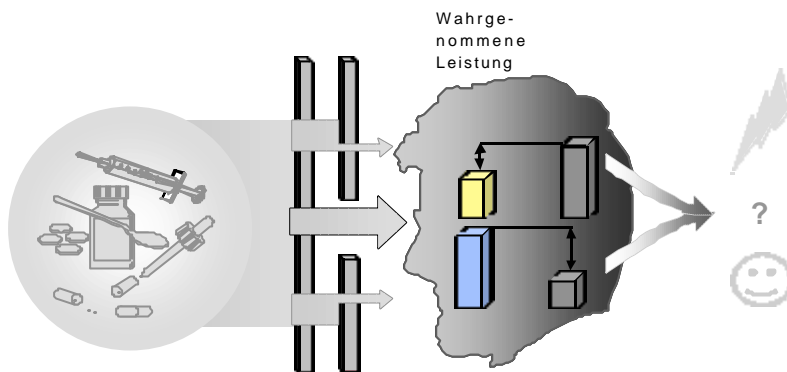


Abb. 5: Wahrgenommene Leistung

### „Wahrgenommene Leistung“

Reportfragen zielen auf die „wahrgenommene Leistung“. Die Patienten werden gebeten zu beschreiben, ob gewisse Situationen eingetreten sind (z.B. Die Pflegekraft gab mir zur Begrüßung die Hand – ja↔nein). Jedes Themengebiet besteht aber aus einer großen Zahl von Einzelhandlungen; entsprechend groß ist die Zahl von möglichen Reportfragen; als Beispiel ein Ausschnitt aus einer Aufnahmesituation:

- Die Schwester begrüßte mich innerhalb von 2 Minuten.
- Sie gab mir die Hand.
- Sie stellte sich persönlich bei mir vor.
- Sie lächelte bei der Begrüßung.
- usw.

Das Problem bei Reportfragen ist zum einen die Reduzierung der großen Menge möglicher Fragen auf relevante Fragen. Die Gefahr ist groß, daß bei dieser Auswahl die professionelle Sichtweise und das bestehende Leistungsangebot dominiert. Zum anderen bleibt die gefühlsmäßige Bewertung des Patienten außen vor und die Bewertung der von den Patienten beschriebenen Situationen wird den Experten überlassen. Das entspricht der bisherigen Denkweise der produktions- und expertenorientierten Institution Krankenhaus. Es stellt sich die Frage, ob diese „Objektivierung“ nicht die unterschiedlichen Erwartungen der Patienten negiert und damit eine weitere Entmündigung des Patienten darstellt.

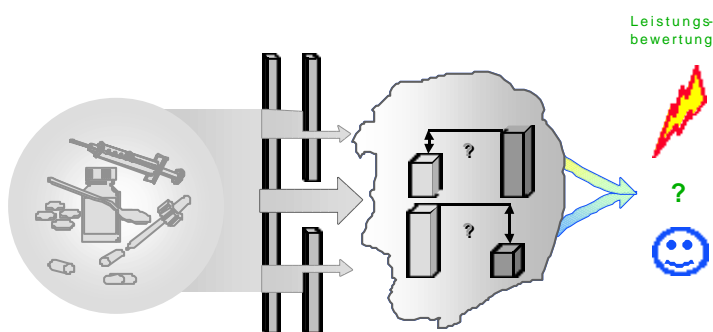


Abb. 6: Leistungsbewertung

### Leistungsbewertung

Die Leistungsbewertung ist ein äußerst komplexer Prozess, der über den einfachen Vergleich von erwarteter und wahrgenommener Leistung hinausgeht (Vgl. Hunstein 1999). Es handelt

sich um von Gefühlen beeinflusste Einschätzungen der Situation. Besonders geeignet für die Erfassung solcher Einschätzungen sind Ratingfragen.

Beim Rating werden komplexe Vorgänge wie die Aufnahmesituation auf Schlüsselaspekte fokussiert, z.B. auf die „Freundlichkeit des Personals“ oder die „Verständlichkeit der Formulare“. Ratingfragen müssen vor allem zwei Anforderungen erfüllen:

a) Die Fragen müssen Schlüsselwörter enthalten, die von unterschiedlichen Personen ähnlich wahrgenommen werden.

b) Die Antworttypen (Skalierung) müssen so kalibriert werden, daß die Ergebnisse eine ausreichende Differenzierung zulassen. Wenn beispielsweise Menschen mit einem Produkt oder einer Dienstleistung generell zufrieden sind, muß der positive Bereich der Antwortskala gespreizt werden (Vgl. Hall). Ein Beispiel: Die Besitzer eines Mercedes der C-Klasse sollen die Karosserie des Wagens mit der Skala „sehr schlecht - schlecht - eher gut – gut“ bewerten. Wahrscheinlich würden 99% „gut“ ankreuzen. Der negative Abschnitt fällt kaum ins Gewicht („floor effect“). Hier würde sich die Skala „das Beste, was ich je erlebt habe“ – sehr gut – gut – akzeptabel – schlecht“ anbieten, sodaß sich das Gros der Antworten nicht mehr auf eine Antwortmöglichkeit konzentrieren, sondern auf alle fünf Positionen verteilen würde. Die Forschungsgruppe Metrik testete verschiedene Antworttypen bei Patientenbefragungen und konnte mit der o.g. Fünfer-Skala fundamentale Verbesserungen der statistischen Kennwerte erreichen. Bei vielen Fragen läßt sich eine Gleichverteilung, bei manchen Themenblöcken sogar eine Normalverteilung beobachten.

### **Patientenzufriedenheit/ -unzufriedenheit?**

Ratings sind Einschätzungs- bzw. Zufriedenheitsfragen. Zufriedenheit als Evaluationskriterium wird zum Teil kritisch gesehen. Die grundlegenden Prozesse der Entstehung von Zufriedenheit seien zu komplex und eine Interpretation der Werte kaum möglich. Die Krankenhausverantwortlichen benötigen aber Anhaltspunkte, wie der Patient die Leistungen einschätzt, ob er mit den Leistungen zufrieden ist. Aus welchen inneren Prozessen eine gute Einschätzung und Zufriedenheitsäußerung entsteht, ist zunächst zweitrangig. Entscheidend ist, wie oft und wie stark eine solche Zufriedenheitsäußerung gemacht wird. Besondere Bedeutung kommt hierbei dem externen Vergleich zu. Was nützt es im Wettbewerb, wenn im eigenen Krankenhaus die Patienten mit der ärztlichen Leistung zufrieden sind, im Nachbarkrankenhaus jedoch sehr zufrieden.

### **Fazit**

Befragungskonzepte, die ausschließlich "wahrgenommene Leistung" zu messen versuchen, wollen die gefühlsmäßige Bewertung des Patienten außen vor lassen und setzen an ihre Stelle die Bewertung durch Experten. Sie vernachlässigen, daß Patienten unterschiedliche Ansprüche haben.

Wird ausschließlich nach der Leistungsbewertung gefragt, fehlt die Aussage, welche Bedeutung die jeweiligen Leistungen für den Patienten haben. Die Aussage "Mit zehn Leistungskomplexen zufrieden, zweimal unzufrieden" hilft wenig, wenn man nicht weiß, wie wichtig dem Patienten welche Leistungen sind.

Deshalb ist es wichtig, die Erwartungen, die der Patient mit seinem Krankenhaus verbindet, explizit einzubeziehen. Mit den Wichtigkeitsabfragen steht hierfür ein praktikabler Weg zur Verfügung. Die Interpretation von Zufriedenheitsergebnissen wird deutlich verbessert.

Aus Sicht der Forschungsgruppe Metrik hat sich folgender Weg bewährt: Standardisierte Erfassung der Patientenzufriedenheit über Ratingfragen einschließlich einer

Wichtigkeitsabfrage und individuelle, hausspezifische Fragebogenanpassungen über Reportfragen (Abb. 7).

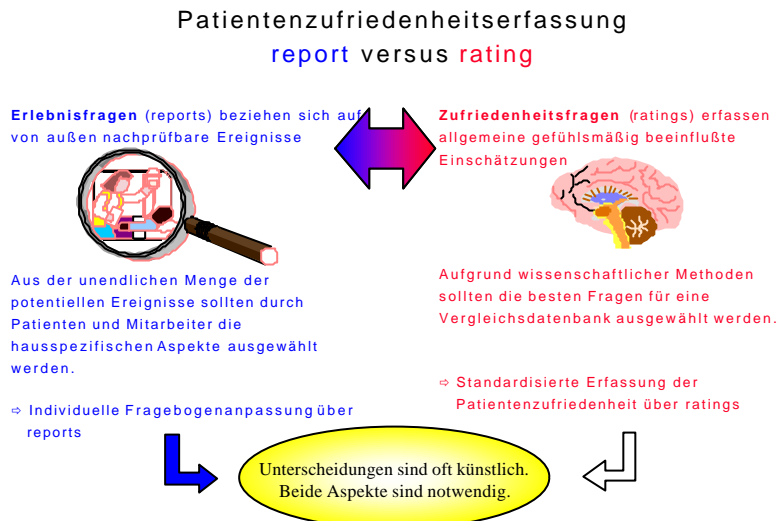


Abb. 7: Patientenzufriedenheitserfassung

---

## Literaturhinweise

- Freter, H.; Glasmacher, Ch.: Messung der Patientenzufriedenheit im Krankenhaus, in f&w 5/1996, S. 436-441
- Krämer, B. et al.: Patientenbefragungen in Krankenhäusern Schleswig-Holsteins, in KH 4/1998, S. 202-207
- Rais, S. et al.: Untersuchungen zur Patientenzufriedenheit über einen fachvarianten standardisierten Fragebogen, in: KH 2/98, S. 86-90
- Reibnitz, C.v.; Güntert, B.: Was bedeutet Zufriedenheit aus Sicht der Patienten?, in: f&w, 3/1996, S. 260-265
- Seyfarth-Metzger, I.; Satzinger, W.; Lindemeyer, T.: Patientenbefragungen als Instrument des Qualitätsmanagements, in KH, 12/1997, S. 739-744
- Helmig, B.: Patientenzufriedenheit messen und managen. Ein Leitfaden für das Tagesgeschäft, in: f&w 2/1997, S. 112-120
- Hall, J. A., & Dornan, M. C.: What patients like about their medical care and how often they are asked: a meta-analysis of the satisfaction literature, in Soc.Sci.Med., Vol.27, S 935-939; 1988
- Hall, J. A., & Dornan, M. C.: Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis; in Soc.Sci.Med.; Vol.30, No.7; s 811-818 1990
- Hunstein, Dirk: Messung der Patientenzufriedenheit, in: BALK-Info Nr. 38 Aug 1999, S. 34-36
- Hildebrandt, H.; Borkert, J.; Wüstenberg, M.: Von unschätzbarem Wert für die Pflege. Patientenbefragungen auf dem Prüfstand: 1. Teil der Untersuchung, in: BALK Info Nr. 34, Dez 1998, S. 12-15

**Autoren:**

**Winfried Zinn und Rainer Schena**  
**Forschungsgruppe Metrik**

An der alten Schule 16

36355 Grebenhain - Bermuthshain

Telefon: 0 66 44 – 91 91 55

Fax: 0 66 44 – 91 91 57

E-mail: [Winfried.Zinn@forschungsgruppe-metrik.de](mailto:Winfried.Zinn@forschungsgruppe-metrik.de)

Internet: <http://www.forschungsgruppe-metrik.de>