Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

BACHELORARBEIT

Der Aufenthalt im Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift – Eine quantitative Ermittlung der Zufriedenheit von Patientinnen und Patienten

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Life Sciences

Studiengang Gesundheitswissenschaften

Vorgelegt von:

Maria Punko, [redacted]

am 20. August 2020

Erstgutachter: Prof. Dr. Walter Leal (HAW Hamburg)

Zweitgutachter: Dipl. Ges. wirt Gunnar Paetzelt (HAW Hamburg)

Vorwort

Die vorliegende Bachelorarbeit habe ich als Abschlussarbeit meines Studiums der Gesundheitswissenschaften, an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften in Hamburg, verfasst.

Mein Praktikum, welches ich im Rahmen des Praxissemesters, im Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift im Bereich Qualitätsmanagement durchgeführt habe, hat mich dazu bewegt, mich mit dem Thema Zufriedenheit von Patientinnen und Patienten längerfristiger auseinanderzusetzen und mich auf die Idee gebracht, eine Erhebung der Zufriedenheit mittels einer Befragung, für meine Bachelorarbeit, durchzuführen.

Als aller erstes möchte ich mich bei Prof. Dr. Walter Leal und Dipl. Ges.wirt Gunnar Paetzelt bedanken, die diese Bachelorarbeit betreut haben und mich während dieses Prozesses, trotz der Covid-19-Pandemie, gut angeleitet und unterstützt haben.

Mein aufrichtiger Dank gilt der Abteilung Qualitätsmanagement im Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift, die mir nicht nur die Möglichkeit geboten hat die Befragung durchzuführen, sondern auch ein erfolgreiches Praktikum ermöglicht hat, in welchem ich erste praktische Erfahrungen im Gesundheitswesen gewinnen konnte. An dieser Stelle möchte ich mich nochmals recht herzlich bei Herrn Andreas Reins (Qualitätsmanager) und Frau Esther Jure (Lob- und Beschwerdebeauftragte), für die stetige Verfügbarkeit und Unterstützung bei auftretenden Fragen bedanken.

Zudem möchte ich auch allen Patientinnen und Patienten danken, die an der Befragung teilgenommen haben und mir erst dadurch ermöglicht haben, die Bachelorarbeit über dieses Thema zu schreiben.

Der allergrößte Dank gebührt meiner Familie für ihren unermüdlichen Zuspruch und ihre bedingungslose Unterstützung und Verständnis.

Ich wünsche Ihnen viel Freude beim Lesen dieser Bachelorarbeit.

Maria Punko

Hamburg, 20. August 2020

Zusammenfassung

Zufriedene Patienten sind für einen langfristigen Erhalt eines Krankenhauses von zentraler Bedeutung. Für den Erfolg von Patientenbindung und Patientenrekrutierung sind ihre subjektiven Wahrnehmungen entscheidend. Des Weiteren dient die Patientenzufriedenheit als ein Indikator für die Qualität der erbrachten medizinischen Leistungen und ermöglicht vorhandene Schwachstellen zu identifizieren. Darauf aufbauend können Verbesserungsmaßnahmen entwickelt werden, was wiederum zu einer steigenden Patientenzufriedenheit führt.

Die vorliegende Arbeit ermittelt die Patientenzufriedenheit im Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift. Hierfür wird in einem Zeitraum von zwei Monaten, vom 01.03.2020 bis zum 30.04.2020, eine schriftliche Patientenbefragung durchgeführt. Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig.

Die Auswertung der Patientenfragebögen ergibt ein Patientenkollektiv von 148 Patienten, die durchschnittlich 58,7 Jahre alt sind. Insgesamt wird eine hohe Zufriedenheit der Patienten mit ihrem Krankenhausaufenthalt festgestellt. Demnach liegt die höchste Zufriedenheit der Patienten mit 97,9 Prozent beim aktuellen Behandlungsergebnis, der Betreuung durch das Pflegepersonal und dem Umgang mit ihnen als Menschen. Die geringste Patientenzufriedenheit liegt in der Qualität der Speiseverpflegung mit 81,1 Prozent und der Wartezeit in der Notaufnahme mit 88,4 Prozent. Zudem besteht kein signifikanter altersspezifischer Zusammenhang in Bezug auf das Antwortverhalten der Patienten.

Auf dieser Grundlage wird an den zwei schlechtesten bewerteten Aspekten angesetzt und versucht durch Aufzeigen von Verbessrungsmaßnahmen die Zufriedenheit zu steigern.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis 1

Tabellenverzeichnis 2

1. Einleitung 3

2. Theoretischer Teil 4

2.1 Qualität 4

2.1.1 Definition von Qualität 5

2.1.2 Qualitätssicherung 7

2.1.3 Qualitätsmanagement 9

2.2 Patientenzufriedenheit 11

2.2.1 Definition von Patientenzufriedenheit 11

2.2.2 Bedeutung der Patientenzufriedenheit 13

2.2.3 Dimensionen der Patientenzufriedenheit 14

2.2.4 Patientenbefragungen 18

3. Methodik 20

3.1 Erhebungsinstrument der Patientenbefragung 20

3.2 Datenerhebung der Patientenbefragung 23

3.3 Datenerfassung der Patientenbefragung 25

4. Ergebnisse 26

4.1 Zufriedenheit der Patienten im Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift 26

4.2 Zusammenhangsberechnung 36

5. Maßnahmen zur Verbesserung der Patientenzufriedenheit 37

5.1 Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität der Speisenverpflegung 37

5.2 Maßnahmen zur Verbesserung der Wartezeiten in der Notaufnahme 40

6. Diskussion 43

6.1 Methodische Aspekte 43

6.2 Diskussion der Ergebnisse 46

7. Fazit 48

Literaturverzeichnis 51

Anhang 57

Eidesstattliche Erklärung 77

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Altersverteilung 27
Abbildung 2: Aufnahme 28
Abbildung 3: Ärztliche und pflegerische Versorgung: Durchschnittsnoten 29
Abbildung 4: Organisation und Service: Durchschnittsnoten 30
Abbildung 5: Vertrauen und Sicherheit: Durchschnittsnoten 31
Abbildung 6: Erneute Behandlung in der Klinik 32
Abbildung 7: Weiterempfehlung an Freunde und Bekannte 32
Abbildung 8: Behandlungsort 33
Abbildung 9: Fachabteilung 34

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Zusammenhänge in Abhängigkeit vom Alter 37

1. Einleitung

Krankenhäuser erbringen seit über 1500 Jahren Dienstleistungen am Menschen und stellen dadurch im Gesundheitssystem die erste institutionalisierte Versorgungseinrichtung dar. Anhand pflegerischer und ärztlicher Hilfeleistungen erfolgt in Krankenhäusern die Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Körperschäden oder Leiden. Die Vorbereitung, Durchführung und Nachbehandlung von Geburten als auch die Unterbringung und Verpflegung der zu versorgenden Personen, nehmen ebenfalls einen Teilbereich der Krankenhausleistungen ein (Fiedler, Siller, & Stierle, 2019, S. 2). Hierbei steht der Patient im Mittelpunkt (Böcken & Wehling, 2018, S. 2).

Das Patientenverhalten eines heutzutage aufgeklärten Patienten spiegelt sich in erhöhten Anforderungen, hinsichtlich der Qualität der angebotenen Leistungen, wider. Aus dem Grund, dass Patienten für einen immer höher werdenden Anteil der erbrachten Leistungen selbst aufkommen müssen, werden sie im Falle eines planbaren Aufenthaltes, in Bezug auf die Krankenhausauswahl, zunehmend kritischer. Durch den steigenden Wettbewerb zwischen privaten und nicht-privaten Krankenhäusern als auch dem Anstieg der Konkurrenz zwischen nicht-privaten Krankenhäusern, gewinnt eine hohe Patientenzufriedenheit für den langfristigen Erhalt eines Krankenhauses an zentraler Bedeutung (Töpfer, 2017, S. 300).

Somit ist ein Krankenhaus, welches seinen Betrieb stabil und langfristig führen möchte, unter anderem auf zufriedene Patienten angewiesen. Durch Patientenbefragungen werden sowohl die Identifikation der Patientenbedürfnisse als auch die Berücksichtigung der Wünsche und Kritiken ermöglicht (aerzteblatt, 2017). Den Patienten wird die Chance gegeben, ein Feedback bezüglich ihrer persönlichen Zufriedenheit, im Rahmen der erfolgten Versorgung oder dem Behandlungsablauf, zu geben (Bernhofer et al., 2019, S. 618).

Aufgrund der erwähnten Funktionen, die Patienten in einem Krankenhaus haben, werden in Deutschland in der stationären Versorgung zunehmend Patientenerfahrungen als wichtige Informationsquelle anerkannt. Eine besondere Rolle spielen sie hinsichtlich der Qualität der Behandlung im Krankenhaus. Die Patientenbewertungen können Ergänzungen zu anderen Qualitätsdaten sowie eine eigenständige

Qualitätsdimension bilden und sind zur Erkennung von Schwachstellen in der Versorgung von Nutzen (Böcken & Wehling, 2018, S. 8).

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die Zufriedenheit der Patienten während ihres Aufenthalts im Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift, durch eine Patientenbefragung, zu ermitteln. Dazu werden in einem Theorieteil direkt mit dem Thema in Zusammenhang stehende Punkte erläutert. Im Hinblick darauf wird eingangs der Begriff Qualität definiert und die Grundlagen der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements dargestellt. Es folgt das Thema Patientenzufriedenheit, welches einen entscheidenden Ausgangspunkt der Arbeit verkörpert. Die Definition von Patientenzufriedenheit, ihre Bedeutung und verschiedene Dimensionen werden beschrieben und mit dem Punkt Patientenbefragungen abgerundet. Demgemäß wird die Methodik vorgestellt, indem der Fragebogen als Erhebungsinstrument aufgezeigt und die Datenerhebung und -erfassung der Patientenbefragung begründet wird. Im Anschluss daran werden die Ergebnisse veranschaulicht und für die Aspekte mit der schlechtesten Bewertung, werden Maßnahmen vorgeschlagen. Den Abschluss bilden die Diskussion und das Fazit, in denen wichtige Erkenntnisse aus der Beschäftigung und Analyse des Themas reflektiert und zusammengefasst werden.

Anmerkungen:

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Weibliche und anderweitige Geschlechteridentitäten werden dabei ausdrücklich mitgemeint, soweit es für die Aussage erforderlich ist.

2. Theoretischer Teil

2.1 Qualität

In der pflegerischen Versorgung wird dem Thema Qualität eine hohe Aufmerksamkeit gewidmet (Hensen, 2018, S. 3). Der Qualitätsbegriff weist für viele Menschen eine unterschiedliche Bedeutung auf. Leistungserbringer stehen vor der Herausforderung, die gewünschte Qualität für die betroffene Zielgruppe zu gewährleisten und diese gleichzeitig zufrieden zu stellen (Bernhofer et al., 2019, S. 616).

Besonders im Gesundheitswesen ist eine hohe Qualität der Leistung, für den langfristigen Heilungserfolg der Patienten unabdingbar und ist zudem auch für den wirtschaftlichen Erfolg eines Krankenhauses verantwortlich (Behar, Guth, & Salfeld, 2016, S. 219).

2.1.1 Definition von Qualität

Der Begriff Qualität findet seinen Ursprung im lateinischen Wort „qualitas“ und kann mit Beschaffenheit, Verhältnis oder Eigenschaft eines Gegenstandes übersetzt werden. Bezüglich der Inhalte des Qualitätsbegriffs lässt sich eine bis heute andauernde Diskussion wiederfinden, wodurch verdeutlicht wird, dass es eine komplexe Thematik darstellt (Kuntsche & Börchers, 2017, S. 1).

Der Qualitätsbegriff ist zunächst wertneutral und sagt vorab nichts darüber aus, inwiefern die Dienstleistung oder Produkte erwünscht, unerwünscht, gut oder schlecht sind, sondern beschreibt sie lediglich (Sicksch, 2013, S. 5). Daneben beinhaltet Qualität eine bewertende Komponente, wenn den Produkten beziehungsweise ihren Eigenschaften ein Wert zugeordnet wird. Damit solche Wertaussagen getroffen werden können, gilt es zu klären, welche Qualitätsanforderungen im Einzelnen vorzuweisen sind. Diese Anforderungen können in Form von Festlegungen als Qualitätsziele einrichtungsintern getroffen oder wissenschaftlich und fachlich begründet aus Qualitäts- oder Qualitätsmanagementmodellen entnommen werden. Im Allgemeinen werden die Anforderungen entweder als Erwartungen, wie beispielsweise die individuellen Wünsche der Patienten oder als Erfordernisse, wie zum Beispiel gesetzliche Vorgaben und Richtlinien, formuliert. Bezieht sich eine Qualitätsaussage auf den Wert oder die Güte einer Dienstleistung oder eines Produktes, ist sie das Ergebnis von einem Bewertungsprozess, welcher die Prüfung des Erfüllungsgrades dieser Anforderungen zugrunde legt. Der „Soll-Ist“-Vergleich, welcher die gestellten Qualitätsanforderungen verglichen mit den festgestellten Qualitätsmerkmalen meint, ist der Ausgangspunkt dieses Bewertungsprozesses. Folglich ist der Qualitätsbegriff durch die Forderung eines Bezugswertes, sowohl ein Maßstabsbegriff als auch ein Bestimmungsbegriff, in dem eine Betrachtung des Verhältnisses von Anforderungen zu den vorliegenden Eigenschaften vorgenommen wird (Hensen, 2019, S. 17-19).

Qualität im Gesundheitswesen kann als eine medizinische Versorgung, die sich an dem Patienten und seinen Bedarf orientiert, wirtschaftlich effizient und gleichzeitig fachlich qualifiziert ist, beschrieben werden. Hierbei wird das Ziel verfolgt, die Wahrscheinlichkeit des Eintretens erwünschter Behandlungsergebnisse, bei den Patienten zu erhöhen (Sänger, 2010, S. 52).

Um die Vielschichtigkeit von Qualität aufzuzeigen und zu ordnen, kann der allgemeine Qualitätsbegriff in verschiedene Qualitätsdimensionen differenziert werden.

Die drei klassischen Qualitätsdimensionen nach Avedis Donabedian sind die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (Sicksch, 2013, S. 6f.). Bei der Strukturqualität erfolgt die Betrachtung der strukturellen Voraussetzungen in der gesundheitlichen Versorgung. Darunter werden personenbezogene Voraussetzungen, wie die Fähigkeiten und Qualifikationen des Personals, organisatorische Elemente, wie die Regelung innerbetrieblicher Abläufe und die materiellen Elemente, wie die räumliche und bauliche Ausstattung, verstanden (Hensen, 2019, S. 32f.). Demnach kann eine ausreichende Anzahl an qualifizierten Mitarbeitern, eine gute materielle Ausstattung, durch operative und technische Geräte als auch genügend finanzielle Ressourcen, eine qualitativ hochwertige Versorgung der Patienten gewährleisten (Hellmann, 2017, S. 58). Mit der Prozessqualität wird die Qualität der Abläufe der Leistungserbringung beschrieben. Hierunter zählen alle Tätigkeiten, die für die Leistung versorgungsrelevant sind, die dafür benötigten Teilprozesse sowie die Unterstützungsprozesse, wie die Dokumentenablage oder Reinigung. Die Prozessqualität schaut auf die Organisation der Abläufe bezüglich der zeitlichen Ausführung, der Einhaltung von Standards und Vorgaben und sachlichen Erfordernis, worunter unter anderem die Reihenfolge der einzelnen Prozessschritte verstanden wird (Hensen, 2019, S. 33). Für die Bewertung des Krankenhauses, hinsichtlich Qualitätsaspekten aus Patientensicht, ist die Prozessqualität entscheidend verantwortlich. Kurze Wartezeiten und Prozessschritte, die aufeinander abgestimmt sind, sind Beispiele, die eine hohe Prozessqualität kennzeichnen (Hellmann, 2017, S. 58). Die Qualität der Behandlungsergebnisse wird mit der Ergebnisqualität beschrieben. Hierbei wird geschaut, inwiefern die Leistungen bezüglich ihrer Zielerreichung, welche zum Beispiel die Veränderung des Gesundheitszustands sein kann, wirken. Ergebnisqualität kann sich entweder in objektiven Veränderungen, wie einer

Mobilitätsverbesserung oder Blutdrucksenkung, oder in subjektiven Bewertungen, wie der Schmerzfreiheit oder Zufriedenheit widerspiegeln (Hensen, 2019, S. 33f.).

Für den Patienten ist eine hohe Ergebnisqualität zwingend anzustreben. Dafür gilt es zu beachten, dass weitere Qualitätskategorien mitberücksichtigt werden müssen, um die bestmögliche Ergebnisqualität zu erreichen. So stellt die diagnostische Qualität zum Beispiel, welche am Anfang jeder Behandlung steht, die Grundlage zur Ergebnisqualität für den Patienten dar. Die Diagnose sollte zuverlässig und sicher gestellt werden. Dafür ist es notwendig die Patienteninformationen mit den entsprechenden Befunden zu einer genauen Krankheit zuzuordnen. Die Indikationsqualität bringt zum Ausdruck, wie notwendig und angemessen eine medizinische Intervention ist. Als patientengerecht und gut gilt sie dann, wenn der Nutzen der Indikation das potenzielle Risiko übersteigt. Darüber hinaus gibt es weitere Qualitätskategorien, wie beispielsweise die Qualität des Service, die subjektive Qualität und Kooperationsqualität, die für eine hochwertige Ergebnisqualität von Bedeutung sind (Hellmann, 2017, S. 58-64).

2.1.2 Qualitätssicherung

Damit ein Gesundheitssystem leistungsfähig bleibt, ist die Sicherung der Qualität eine ausschlaggebende Bedingung. Hierfür soll die Qualität vor allem in den pflegerischen und ärztlichen Tätigkeiten abgebildet, gesichert und verbessert werden. Dies soll den Patienten, eine ihrem Bedarf entsprechende und wirtschaftliche Versorgung gewährleisten (Bundesministerium für Gesundheit, 2020). Patientenbefragungen können für das Entwickeln von Qualitätssicherungsverfahren eine zentrale Bedeutung tragen. Sie bieten neben der Dokumentation im Krankenhaus und der Nutzung von Sozialdaten der Krankenkassen eine weitere Möglichkeit, die Versorgungsqualität abzubilden (aerzteblatt, 2018).
Maßnahmen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität von Krankenhausleistungen orientieren sich am Nutzen für die Patienten. Qualitätssicherung soll das interne Qualitätsmanagement kontinuierlich und systematisch unterstützen. Darüber hinaus sollen durch Qualitätssicherung, Qualitätsdefizite erkannt werden, wodurch anschließend Leistungsbereiche für Verbesserungen identifiziert werden können. Ein weiteres Ziel der Qualitätssicherung liegt in der Herstellung einer Vergleichbarkeit von Ergebnissen der Behandlung, in dem vor allem Indikatoren

entwickelt werden. Schließlich möchte Qualitätssicherung die Qualität der Leistungen im Krankenhaus durch signifikante, vergleichbare und valide Erkenntnisse, zum Beispiel anhand der Ergebnisqualität oder Stärkung der Selbstbestimmung der Patienten, sichern und verbessern (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020, S. 4f.). Durch die Qualitätssicherung soll zudem das Erreichen eines gewünschten Behandlungsergebnisses anhand Zwischenkontrollen geprüft werden, in dem dann gegebenenfalls steuernd in die Prozesse eingegriffen werden kann und nicht erst nach Beendigung der Behandlung kontrolliert werden. Aufgrund dessen, dass medizinische Behandlungsfehler oftmals nachhaltige Beeinträchtigungen und Schäden beim Patienten hinterlassen können, da sie durch eine Berichtigung nicht immer rückgängig gemacht werden können, gilt es präventiv gegen diese vorzugehen (Hensen, 2019, S. 82).

Unterschieden werden kann zwischen interner und externer Qualitätssicherung. Unter interner Qualitätssicherung werden Vorgehen und Maßnahmen verstanden, welche für einen definierten Versorgungsbereich, beispielsweise eine Pflegeeinrichtung, gültig sind. Die interne Qualitätssicherung beinhaltet alle Maßnahmen, die die Einrichtung und die dazugehörigen Mitarbeiter der Gesundheitsberufe, als gesetzlich vorgeschrieben oder erforderlich betrachten. Die externe Qualitätssicherung hingegen umfasst alle Maßnahmen, die von rechtmäßig anerkannten Institutionen, abseits eines definierten Versorgungsbereichs, festgelegt und möglicherweise auch überwacht und kontrolliert werden, um Vergleiche mit anderen Versorgungsbereichen gewährleisten zu können (ebd., S.83f.).

Die Qualitätssicherung und Weiterentwicklung der Leistungen ist für alle im System der gesetzlichen Krankenversicherung enthaltenen Leistungserbringer verpflichtend. Die Regelungen für die grundsätzlichen Anforderungen an die Sicherung der Qualität sind im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) festgelegt. Demnach müssen laut §135a SGB V, die Leistungserbringer ein internes Qualitätsmanagement einführen und sich an Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden externen Qualitätssicherung beteiligen. Hierunter werden Vorgehen verstanden, mit denen die Behandlungen, die daraus resultierenden Ergebnisse und organisatorischen Abläufe verglichen, bewertet und kontrolliert werden (Bundesministerium für Gesundheit, 2020).

Der Gemeinsame Bundesausschuss legt die konkreten Regelungen in den Krankenhäusern und der vertragsärztlichen Versorgung fest. Er wählt die Bereiche aus, für die Qualitätsanforderungen festgelegt werden und entscheidet zudem, wie umfassend diese sein sollen und welcher Aufwand mit den Regelungen einhergeht (ebd.). Beispielhaft sind die Vorgaben bezüglich des Qualitätsmanagements, die Mindestmengen, die Nachweispflichten zur Fortbildung im Krankenhaus, die Zweitmeinungsverfahren bei planbaren Eingriffen und die Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu nennen, die der Gemeinsame Bundesausschuss zur Qualitätssicherung in Krankenhäusern und Arztpraxen entwickelt hat (Gemeinsamer Bundesausschuss, o.J.).

Eine umfassende Qualitätssicherung, welche die gesamten qualitätswirksamen Tätigkeiten und Maßnahmen zur Erfüllung und Aufrechterhaltung der gestellten Anforderungen, sowie ein systematisches und strategisch-planvolles Zusammenwirken enthält, geht in ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement über. Qualitätssicherung kann als ein Bestandteil des Qualitätsmanagements verstanden werden. Beide Konzepte ergänzen sich und tragen zur bestmöglichen Erfüllung der Anforderungen bei (Hensen, 2019, S. 80f.).

2.1.3 Qualitätsmanagement

Unter Qualitätsmanagement lassen sich alle organisatorischen Maßnahmen verstehen, die darauf abzielen, die Qualität von Dienstleistungen oder Produkten zu optimieren. Dies gilt für alle Funktionsbereiche. Speziell im Gesundheitswesen beinhaltet Qualitätsmanagement jegliche Tätigkeiten, die aufeinander abgestimmt werden und der Leitung als auch Lenkung von Qualität nützen (Bernhofer et al., 2019, S. 617). Dies beinhaltet, dass das Qualitätsmanagement in den Unternehmenszielen ein Bestandteil wird und die Qualitätsziele und Verantwortlichen wahrgenommen werden.

Das Qualitätsmanagement setzt sich aus der Qualitätsplanung, in der die Qualitätsziele festgelegt werden, der Qualitätslenkung, in der notwendige Ressourcen und Techniken zur Erfüllung von Anforderungen zur Verfügung gestellt werden, der Qualitätssicherung, in der die geplanten Aktivitäten umgesetzt werden und der Qualitätsverbesserung, die sich auf Maßnahmen fokussiert, mit denen die Effizienz und

Effektivität der Prozesse im Unternehmen gesteigert werden sollen, zusammen (Kuntsche & Börchers, 2017, S. 4).

In einem Qualitätsmanagementhandbuch werden die Inhalte und Strukturen des Qualitätsmanagements festgehalten. Die Dokumentation richtet sich hierbei an die, für das jeweilige Managementsystem oder -modell kennzeichnenden, Standards und Vorgaben. Die Umsetzung von Qualitätsmanagement erfolgt in Qualitätsmanagementsystemen, in denen die Zusammenführung von Qualitätspolitik und -zielen, den qualitätsbezogenen Tätigkeiten, notwendigen Ressourcen und Nennung der Verantwortlichen, erfolgt. Anhand des Systems beziehungsweise der Modelle sollen gesetztes- und normrelevante Anforderungen erfüllt und gleichzeitig Potenzial für Verbesserungen erschlossen werden (ebd., S. 5). Die ISO 9000er-Normenreihe und das Exzellenz-Modell der European Foundation for Quality Management (EFQM) sind zwei Beispiele für bekannte internationale Modelle, die zudem auch branchenübergreifend genutzt werden können. Diese Modelle stützen sich auf Grundsätze, welche einen Überblick bezüglich der durch das Qualitätsmanagement verfolgten Ziele und Themen bieten:

- Kundenorientierung: Das Unternehmen richtet sich auf die Kunden und deren Bedürfnisse aus. Durch die Kundenbindung und Kundenzufriedenheit wird der nachhaltige Unternehmenserfolg gesichert.
- Führung: Die Führung stellt erforderliche Ressourcen zur Verfügung, um bestimmte Qualitätsziele verfolgen zu können und sorgt durch operative Ziele und Maßnahmen für die Umsetzung der Qualitäts- und Unternehmenspolitik.
- Einbeziehung von Menschen: Die Mitarbeiter werden gefördert und in Entscheidungen miteinbezogen, um zu einer Steigerung der Effizienz und Effektivität beizutragen.
- Prozessorientierung: Eine aufmerksame Planung und Ausführung der Prozesse, unter Beachtung der strategischen Ausrichtung der Einrichtung und der Belange der Wertschöpfung, ermöglicht eine wirtschaftlichere und mehr zweckgerichtete Arbeit.
- Verbesserung: Eine ständige Ausrichtung, die Prozesse, Produkte und Leistungen zu verbessern, um eine Aufrechterhaltung und Verbesserung des aktuellen Leistungsniveaus zu gewährleisten.

- Faktenbasierte Entscheidungsfindung: Analyse und Abwägung aller Aspekte, Ursachen, Wirkungen und Risiken, um Entscheidungen korrekt zu treffen. Eine Unterstützung der subjektiven Kriterien erfolgt durch Zahlen, Daten und Fakten.
- Beziehungsmanagement: Beziehungen zu Lieferanten von Gebrauchs- und Verbrauchsmaterialien, externen Dienstleistern, technischen und baulichen Systemen und anderen Interessenpartnern sollen gepflegt werden (Hensen, 2019, S. 56-58).

Im Mittelpunkt des Qualitätsmanagements steht neben der Prozessoptimierung, die sich an den Patienten orientiert, die Patientenzufriedenheit. Die Steigerung der Patientenzufriedenheit, stellt einen Nutzenaspekt des Qualitätsmanagements dar, der mithilfe systematischer Messungen und Beurteilungen der Ergebnisse erreicht werden kann. Patientenbefragungen, welche ein verpflichtendes Instrument im Qualitätsmanagement sind, stellen hierfür eine mögliche Methode dar (ebd., S. 61-115).

2.2 Patientenzufriedenheit

Im weiteren Verlauf der Arbeit wird das Thema Patientenzufriedenheit näher betrachtet.

2.2.1 Definition von Patientenzufriedenheit

Die Bedeutung des Begriffs Patientenzufriedenheit variiert und bildet kein standardisiertes Konstrukt ab, welches auf der Basis einer leitenden Theorie einheitlich operationalisiert werden kann. Der Inhalt des Patientenzufriedenheitsbegriffs kann sich zwischen wahrgenommener Versorgungsqualität, wahrgenommener Behandlungsqualität bis hin zur wahrgenommenen Servicequalität unterscheiden (Hoefert & Härter, 2010, S. 24).

Der Begriff Patientenzufriedenheit setzt sich aus den Wörtern „Patient“ und „Zufriedenheit“ zusammen. Als Patient kann ein Mensch, der eine Dienstleistung des Gesundheitswesens in Anspruch nimmt, gleichbedeutend ob dieser gesund oder erkrankt ist, definiert werden (Fink, 2019). Der Patient im Krankenhaus kann

unterschiedliche Rollen einnehmen. Für die Dauer der Behandlung erhält der Patient die notwendige Verpflegung und wird als Gast im Krankenhaus untergebracht. Von den Leistungserbringern wird er in Bezug auf seine Erkrankung als Befund oder Organ angesehen. Auf Grund dessen, dass er an seiner Genesung beziehungsweise Verbesserung seines Gesundheitszustands mitwirken soll, kann ihm auch die Rolle des Partners übertragen werden und weil das Krankenhaus für die erbrachte Leistung, ungebunden an ihrem Erfolg, ein Entgelt erlangt, kann dem Patienten auch der Begriff Kunde zugeschrieben werden. Der Kundencharakter des Patienten wird durch die vielen Dienstleistungsbereiche der Leistungen im Krankenhaus verstärkt. Dies erklärt den Grund, dass mit der zeitweiligen Nutzung des Kundenbegriffs im weiteren Verlauf der Arbeit, neben anderen Anspruchsgruppen, insbesondere die Patienten eines Krankenhauses gemeint sind (Nürnberg & Schneider, 2014, S. 21f.).

Der Begriff Zufriedenheit beschreibt die Erwartungen, die ein Kunde an ein Produkt, eine Firma oder eine Dienstleistung hat und das tatsächliche Erleben, nachdem das Produkt gekauft, Erfahrungen mit der Firma erlebt oder die Dienstleistung in Anspruch genommen werden. Setzt man die beiden Aspekte in Relation, zeichnet die anschließende Meinung und Wahrnehmung des Patienten die Zufriedenheit als auch Begeisterung und Unzufriedenheit aus (Carbonell, 2016, S. 110).

Die am Patienten ausgeführten Behandlungen sind Dienstleistungen, in denen das Behandlungsziel, auf zufriedenstellende oder nicht-zufriedenstellende Weise entweder erreicht oder nicht erreicht wird. Neben medizinischen Faktoren sind ebenfalls weitere Faktoren, wie beispielsweise die Hinzuwendung und Empathie, Information und Aufklärung und das Niveau und der Umfang von Serviceleistungen entscheidend, ob der Patient zufrieden oder unzufrieden sein wird (Behar, Guth, & Salfeld, 2016, S. 226).

Die Erwartungshaltung der Patienten ist subjektiv geprägt. Während für den einen Patienten eine gute Servicequalität am wichtigsten ist, gibt der andere Patient einer guten Kommunikation mit Pflegepersonal und Ärzten, eine größere Bedeutung. Wie der Patient die Qualität der Aufnahme, des Aufenthalts und der Entlassung individuell einschätzt, beschreibt die Patientenwahrnehmung. Patientenzufriedenheit kann hiernach als Ergebnis der Patientenwahrnehmung von Qualität dargestellt

werden. Gleichwie bei der Erwartungshaltung und der Patientenwahrnehmung, wird Patientenzufriedenheit subjektiv bewertet und kann sich je nach Patienten unterscheiden (Hellmann, 2017, S. 123).

2.2.2 Bedeutung der Patientenzufriedenheit

Die Patientenzufriedenheit ist hinsichtlich verschiedener Aspekte von Bedeutung. Vorrangig stellt sie für die Gesundheitsversorgung das allumfassende Ziel dar (Hensen, 2019, S. 135).

Die Patientenzufriedenheit weist ein bedeutendes Merkmal in Bezug auf die Krankenhausqualität auf. Im Regelfall besitzen die Patienten kein medizinisch fundiertes Wissen, um die Qualität ihrer erhaltenen Leistungen zu bewerten und geben deswegen eine Bewertung aufgrund ihrer subjektiven Erfahrungen ab (Nürnberg & Schneider, 2014, S. 25). Dennoch können diese, von den Patienten bewerteten und wahrgenommenen Eindrücke, zentrale Hinweise auf vorliegende Schwachstellen aufzeigen und durch das Beheben der Schwachstellen zu einer Steigerung der Patientenzufriedenheit führen (Behar, Guth, & Salfeld, 2016, S. 62). Somit werden die Ergebnisse bezüglich der Zufriedenheit von Patienten, die aus einer Befragung gewonnen werden, für den Kontinuierlichen Verbesserungsprozess (KVP) verwendet (Hellmann, 2017, S. 29). Eine hohe Zufriedenheit der Patienten wird mit einer hohen Patientenorientierung für die beurteilte Abteilung oder das bewertete Krankenhaus in Verbindung gesetzt (Hoefert & Härter, 2010, S. 24).

Weiterhin ist ein Ziel im Gesundheitswesen die Verbesserung der Versorgungsqualität. Eine höhere Patientenzufriedenheit bildet einen Aspekt ab, der mit einer erhöhten Versorgungsqualität einhergeht. Gründe für die Verbesserung der Qualität in der Versorgung und Beteiligung der Patienten in der Behandlung liegen in der, aufgrund soziodemografischer Entwicklungen, veränderten Inanspruchnahme, den Kosten, der Verkürzungen der Verweildauer im Krankenhaus als auch den technologischen Neuerungen in der Versorgung. Die Ermittlung der Patientenzufriedenheit möchte eine Verbesserung dieser bezwecken und mithilfe weiterer Ziele, die gesundheitliche Situation in der Bevölkerung verbessern. Genauer betrachtet, sind hier vor allem die gesundheitlichen Maßnahmen, mit einer zeitnäheren und

bedarfsgerechteren Inanspruchnahme als auch deren verbesserte Mitarbeit in der Umsetzung gemeint (Bleich, 2010, S. 275).

Darüber hinaus ist die Patientenzufriedenheit für das Image eines Krankenhauses bedeutend. Sind die Patienten unzufrieden, können sie ihre negativen Erfahrungen weitergeben und somit zu einer Verschlechterung des Krankenhausrufes beitragen. Eine Verschlechterung des Krankenhausrufes könnte eine sinkende Bettenauslastung zur Folge haben (Nürnberg & Schneider, 2014, S. 25). Auf der anderen Seite kann geschlussfolgert werden, dass zufriedene Patienten ihre positiven Erfahrungen weitergeben und dadurch zu einer Verbesserung des Images des Krankenhauses beitragen können. Da negative Erfahrungen im Durchschnitt acht- bis fünfzehnmal oder öfter weitererzählt werden und positive Erfahrungen hingegen nur drei- bis achtmal, gilt es zu versuchen, die negativen zu vermeiden und die Patienten zufriedenzustellen (Dumont & Schüller, 2016, S. 14).

Wie Patienten ein Krankenhaus bewerten, kann ein bemerkenswertes Zuweisungskriterium sein, was erneut die Relevanz des Themas verdeutlicht (Bleich, 2010, S. 275). Die Wahrnehmung der Qualität aus Patientensicht entscheidet, ob bei Auftreten einer Neuerkrankung oder eines Rezidivs, eine Rückkehr des Patienten in das Krankenhaus erfolgt. Somit ist die Subjektive Qualitätswahrnehmung für den Erfolg von Patientenbindung und Patientenrekrutierung entscheidend (Hellmann, 2017, S. 62).

Eine hohe Zufriedenheit trägt dazu bei, dass die Nachfrage nach den Krankenhausleistungen bestehen bleibt oder bestenfalls sogar ansteigt. Gleichzeitig sind damit Verbund-, Lern- und Skaleneffekte verbunden, die zu günstigeren Kostenstrukturen beitragen. Im Umkehrschluss dazu, ist eine geringere Nachfrage die Folge geringer Zufriedenheit, welche sich dann aufgrund der Patientenabwanderung, in Umsatzeinbußen widerspiegelt. Die für die Marktanteile bestimmenden Faktoren sind in der Regel die Qualität, der Service und die Patientenakzeptanz. Ausnahmen können aufgrund einer regionalen Monopolstellung oder einem hohen Notfallpatientengut begründet werden (Töpfer, 2017, S. 299).

2.2.3 Dimensionen der Patientenzufriedenheit

Damit Kundenzufriedenheit erreicht wird, gilt es Kundenanforderungen zu formulieren. Diese entstehen aus den Bedürfnissen der Kunden. Diese Kundenanforderungen münden anschließend in konkrete Kundenerwartungen. Die Erwartungen bilden die Grundlage und sind ursächlich für die Leistungsbewertung durch die Kunden. Werden die Anforderungen und Erwartungen in einem hohen Maße erfüllt, kommt es zur Kundenzufriedenheit. Um die Kundenzufriedenheit stabil zu halten, dürfen nachträglich keine Zweifel bezüglich des Urteils entstehen, die aufgrund äußerer Einflüsse oder persönlicher Überlegungen auftreten könnten. Hohe Kundenzufriedenheit kann eine Quelle für Kundenloyalität darstellen, wodurch Kundenbindung resultieren könnte. Ob dies auch geschieht, hängt von der Intensität der Wirkungsbeziehungen und weiteren Variablen als Voraussetzung ab. Hiermit besteht also kein Automatismus für diese Wirkungen (Töpfer, 2017, S. 300f.).

Daneben gibt es zudem die Unterscheidung zwischen Verbundenheit und Gebundenheit zu einer Einrichtung. Kann der Patient in seiner Region alternativ nicht zwischen Krankenhäusern wählen, besteht Gebundenheit zu dem Krankenhaus. Die Gebundenheit nimmt jedoch ab, je mobiler die Patienten werden. Hat der Patient eine hohe emotionale Nähe aufgebaut, welche typischerweise durch positive Eindrücke, Erfahrungen und Ergebnisse entsteht, wird Verbundenheit bewirkt. Die Bindung der Kunden kann sich positiv auf die Loyalität auswirken und die Loyalität kann eine positive Wirkung auf die Zufriedenheit haben. Die Begründung hierfür liegt in der hohen positiven Einstellung der Einrichtung gegenüber, die durch entsprechende Erfahrungen in der Vergangenheit entstanden ist (ebd., S. 301).

Für eine hohe Zufriedenheit der Patienten ist das „individuelle Set“ an Qualität, welches der Patient erwartet, entscheidend. Unterschieden werden kann zwischen der Qualität 1. Grades und der Qualität 2. Grades. Die durch die pflegerische und medizinische Leistung bewirkte Behandlungsqualität, die der Patient direkt wahrnimmt, stellt die Qualität 1. Grades dar. Die Service- und Kontaktqualität mit ihren einzelnen Elementen, wie beispielsweise der Ausstattung, Kommunikation und Patientenbetreuung, welche desgleichen direkt vom Patienten wahrgenommen wird, bildet die Qualität 2. Grades. Beide Bereiche setzen sich aus Aktivitäten zusammen, welche der Patient nicht unmittelbar wahrnimmt, diese ihn aber stets indirekt beeinflussen. Die Ausstattungsqualität, welche die Apparate und das Material beinhaltet, sind die Faktoren die bei der Qualität 1. Grades nicht direkt wahrgenommen werden. Die

interne Prozessqualität setzt sich aus dem Ablauf, der Kooperation beziehungsweise Koordination und der Organisation zusammen und stellt die Elemente dar, die vom Patienten bei der Qualität 2. Grades nicht unmittelbar wahrgenommen werden, jedoch trotzdem einen Einfluss bei seinem Urteil und seiner Entscheidung haben. Alle diese vier Bereiche werden durch die Führungskräfte und Mitarbeiter gesteuert und beeinflusst (ebd., S. 302).

Aus diesen Wirkungsbeziehungen kann zwischen den zwei Faktorengruppen „Hygienefaktoren“ und „Motivatoren“ unterschieden werden. Zu den Hygienefaktoren zählen die Basisanforderungen, wie zum Beispiel die Verpflegung, die Hygiene und Sauberkeit der sanitären Anlagen und des Zimmers. Hygienefaktoren charakterisieren sich dadurch, dass sie keine Zufriedenheit erzeugen, allerdings Unzufriedenheit abbauen können. Sind die Hygienefaktoren nicht gegeben, ist der Patient unzufrieden. „Motivatoren“ hingegen können Zufriedenheit aufbauen. Fehlen Motivatoren entsteht jedoch keine Unzufriedenheit. Leistungsanforderungen, welche der Patient als besonders wichtig empfindet und welche für ihn Zufriedenheit oder sogar Begeisterung hervorrufen, bestimmen die Motivatoren. Beispiele für Motivatoren sind gute medizinische Leistungen durch qualifizierte Ärzte, genügend Informationen bezüglich der Behandlung, freundliches Personal, Wahlessen, die Ausstattung und Art des Zimmers und Autostellplätze (ebd., S. 302f.).

Im Kano-Modell, benannt nach dem Entwickler Noriaki Kano, lässt sich die Unterscheidung in die drei Anforderungen beziehungsweise Faktoren: Basisanforderungen, Leistungsanforderungen, Begeisterungsanforderungen, wiederfinden. Dem Modell zugrunde lösen verschiedene Faktoren Zufriedenheit und Unzufriedenheit aus. Demnach steuern die Eigenschaften und Merkmale von Leistungen verschieden zur Gesamtzufriedenheit bei (Hensen, 2019, S. 321f.). Werden die Basisanforderungen nicht erfüllt, ist der Patient dem Kano-Modell zufolge unzufrieden. Diese Anforderungen werden nämlich als selbstverständlich gesehen und vorausgesetzt. Werden die Anforderungen erfüllt, entsteht ein neutraler Zustand. Basisanforderungen geben keinen Beitrag zur Zufriedenheit. Ergänzend zu den oben erwähnten Basisanforderungen können hierzu beispielsweise ein Telefon und ggf. Internetanschluss zu angemessenen Kosten gezählt werden. Leistungsanforderungen sind im Bezug zur Behandlungsqualität, zum Beispiel eine hohe medizinische Qualität und bezüglich der Servicequalität, kurze Wartezeiten, Ansprechpartner auf der Station,

preisgünstiges Einbett- oder Zweibettzimmer und die Länge der Visite des Arztes. Der Patient erwartet und verlangt normalerweise die Leistungsanforderungen. Es besteht ein linearer Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit und dem Erfüllungsgrad der Anforderungen. Leistungsanforderungen tragen zur Zufriedenheit als auch zur Unzufriedenheit bei. Schließlich gibt es noch die Begeisterungsanforderungen, welche nicht als selbstverständlich vorausgesetzt und erwartet werden. Dadurch kommt es zu keiner Unzufriedenheit, wenn diese nicht erfüllt werden. Werden die Begeisterungsanforderungen allerdings erfüllt, so werden die Erwartungen des Patienten oftmals übertroffen, was sich in einem überproportionalen Anstieg der Zufriedenheit widerspiegelt (Hensen, 2019, S. 322; Töpfer, 2017, S. 303).

Um das Entstehen von Zufriedenheit oder Unzufriedenheit nachzuvollziehen, kommt es zu einem Abgleich der Erwartungen und Anforderungen mit den bewerteten Leistungen und Ergebnissen. Von entscheidender Bedeutung ist hierfür die Patientenwahrnehmung. Hierbei muss es zu keiner Übereinstimmung mit der objektiven Realität kommen, denn es wird bloß die Realität des Patienten gebildet. Bekommt der Patient was er erwartet, entsteht Zufriedenheit. Diese kann positive, aber auch negative Folgen aufzeigen, denn Zufriedenheit bewahrt nicht direkt Loyalität und Bindung und kann somit auch zu einer Abwanderung des Patienten führen. Dementsprechend ist es von Bedeutung, die Patientenerwartung zu übertreffen, um durch eine Begeisterung eine positive Wirkung zu erreichen. Übersteigen die Erwartungen die tatsächlich wahrgenommene Leistung, reagiert der Patient mit Unzufriedenheit und den dazugehörigen nachteiligen Folgen. Hinterlässt der Patient eine Beschwerde und teilt seine negativen Erfahrungen, wird der Klinik die Möglichkeit gegeben auf die Beschwerde reagieren zu können (Töpfer, 2017, S. 304).

Überdies ist zu erwähnen, dass Beschwerden als auch Zufriedenheit im positiven Fall stets vergangenheitsbezogen sind. Es kommt zum Verschwinden von Kundenloyalität und Kundenbindung, wenn diese nicht mehr gegeben sind. Andersrum wenn sie bestehen und der Patient davon überzeugt bleibt, dass seine Anforderungen in der Zukunft weiterhin ausgiebig erfüllt werden, kommt es zur Weiterempfehlung und Bereitschaft zukünftig in das Krankenhaus wiedereingewiesen zu werden oder eigenständig aufgrund anderer Dienstleistungen und Behandlungen in das Krankenhaus zurückzukehren. Ist der Patient bezüglich der Erfüllung seiner Erwartungen in der Zukunft nicht überzeugt, wird keine Kundenloyalität und

Kundenbindung bestehen und es kommt trotz hoher Zufriedenheit zu einem Wechsel des Krankenhauses (ebd., S. 306).

2.2.4 Patientenbefragungen

Damit in allen Krankenhausbereichen eine hohe Qualität sichergestellt werden kann, ist es notwendig zum einen die internen Arbeitsprozesse kontinuierlich zu optimieren und zum anderen die erbrachte Leistung auch aus Kundensicht zu betrachten. Diesbezüglich sollte den Patienten die Option gegeben werden, Rückmeldungen bezüglich der persönlichen Zufriedenheit der Behandlung und Versorgung zu geben. Diese Möglichkeit der Rückmeldung ist insbesondere bei auftretenden Unzufriedenheiten von Bedeutung, um die negativen Vorfälle ausführlich zu erfassen (Bernhofer et al., 2019, S. 618).

Befragungen bieten die Möglichkeit persönliche Meinungen und statistisch belegbare Erkenntnisse bezüglich verschiedener Arbeitsabläufe zu gewinnen. Durch Befragungen wird Transparenz geschaffen und die Achtsamkeit hinsichtlich der Wünsche und Bedürfnisse der Patienten, für die Leistungserbringer erhöht. Die aus den Befragungen gewonnen Ergebnisse stellen für die Organisation eine Informationsquelle dar, um weitere strategische Ziele festzulegen. Rückschlüsse in Bezug auf den gegenwärtigen Zustand können gezogen werden und ein Bewertungsrahmen von Ist- zu Soll-Zuständen wird durch Befragungen ermöglicht (Euteneier, 2015, S. 586).

Grundsätzlich kann im Gesundheitssystem zwischen drei Befragungsebenen unterschieden werden: Makroebene Gesundheitssystem, Mesoebene Gesundheitsmarkt und Mikroebene patientenversorgende Einrichtung. Die Makroebene umfasst die Befragung der Nutzer von gesundheitspolitischen Institutionen und dient vorrangig zur Steuerung gesundheitspolitischer regionaler und nationaler Gesundheitsziele. Auf der Mesoebene erfolgt eine Befragung der Leistungserbringer und -empfänger. Die erzielten Leistungen werden mithilfe von Qualitätskriterien erfasst und sollen Transparenz ermöglichen und einen Vergleich durch Benchmarking gewährleisten. Auf der Mikroebene werden die Patienten zur derzeitig stattgefundenen Versorgung befragt. Hiermit sollen neben der Erfassung der Sicherheit und Qualität auch weitere Fragestellungen ermittelt werden (ebd., S. 586).

Die vorliegende Arbeit legt den Fokus auf die Patientenbefragungen. Diese stellen ein verpflichtendes Instrument im Qualitätsmanagement dar und sind die am häufigsten verwendete Methode, um die Patientenerwartungen zu ermitteln oder die Kundenzufriedenheit zu messen (Hensen, 2019, S. 116-323). Da das Wissen über die Erwartungen, Erfahrungen und Präferenzen der Patienten für ein erfolgreiches Qualitätsmanagement von Bedeutung ist, sollten diese systematisch erhoben und ausgewertet werden. Durch Patientenbefragungen werden die Erfahrungen der Patienten analysiert (Sänger, 2010, S. 61). Es soll herausgefunden werden, inwieweit die Patientenorientierung in den Versorgungseinrichtungen umgesetzt wird und durch das Untersuchen der Defizite, Verbesserungsmöglichkeiten entwickelt werden. Folglich würde dies zu einer größeren Patientenzufriedenheit führen (Bleich, 2010, S. 275f.).

In Gesundheitseinrichtungen haben die meisten Ansätze, mit der die Zufriedenheit gemessen werden soll, einen merkmalsorientierten Charakter. Hierbei werden die Befragten, welche in dem Fall die Patienten darstellen, aufgefordert, Einzelmerkmale, wie beispielsweise die Hygiene, Teilleistungen, wie den Aufnahmeprozess oder eine Gesamtleistung, wie zum Beispiel den stationären Aufenthalt zu bewerten. Diese Daten werden vor allem mittels „Rating“-orientierten Messverfahren erhoben. Bei den „Rating“-orientierten Messverfahren, welche auch bewertungsorientierte Messverfahren genannt werden können, werden anhand metrischen Skalentypen Fragen gebildet und durch die Beantwortung der Fragen, wird eine Bewertung beziehungsweise ein Werturteil gegeben. Daneben gibt es die „Report“-orientierten Fragetypen, auch berichtsorientierte Fragetypen genannt. Diese verfolgen eher einen ereignisorientierten Ansatz. Hierbei wird von den Patienten kein Werturteil gefordert. Es erfolgt eine Befragung zu Schlüsselthemen der Versorgung, wobei angegeben werden soll, ob bei den befragten Einzelsituationen, Vorkommnisse eingetreten sind, die qualitätsrelevant sein könnten oder besonders genannte Zustände vorlagen (Hensen, 2019, S. 325f.). Diese beiden Methoden zur Ermittlung der Patientenzufriedenheit werden auf verschiedene Weisen in Patientenbefragungen angewendet. Unterschieden werden kann zwischen mündlichen und schriftlichen Befragungen. Mündliche Befragungen erzielen häufig eine höhere Rücklaufquote und die Anzahl an fehlenden Antworten ist gering. Sie gehen jedoch mit hohen Kosten und einem hohen Zeitaufwand einher. Zudem besteht bei dieser

Befragungsmethode die Gefahr einer Verzerrung, da die Patienten eine reduzierte Bereitschaft aufzeigen könnten, Informationen bezüglich negativer Aspekte preiszugeben. Aus diesem Grund überwiegen oftmals die Vorteile der schriftlichen Befragungsmethode. Schriftliche Patientenbefragungen hängen mit einem geringeren Zeitaufwand und geringeren Kosten zusammen. Sie ermöglichen eine große Stichprobe zu untersuchen, gewährleisten einen größeren Standardisierungsgrad und die Gefahr einer Verzerrung der Angaben wird weitestgehend vermieden (Bleich, 2010, S. 277f.).
Die Befragung der Patienten kann entweder regelmäßig in Zusammenhang mit Lob- und Tadelbefragungen oder zu bestimmten Zeitpunkten, wie zum Beispiel alle ein bis zwei Jahre, über die Methode der Briefbefragung, erfolgen. Die pflegerischen Leistungen, die medizinischen Leistungen und die Hotel-/ Unterbringungs-Leistungen stellen die drei Leistungsbereiche in der Patientenversorgung dar und sind die Hauptkategorien in den Patientenbefragungen (Euteneier, 2015, S. 587).

3. Methodik

Auf Grundlage des theoretischen Teils dieser Arbeit erfolgt die Darstellung der Ermittlung der Patientenzufriedenheit am Beispiel des Krankenhauses Reinbek St. Adolf-Stift. Der dafür verwendete Patientenfragebogen und die aus der Befragung gewonnenen Ergebnisse werden im weiteren Verlauf anschaulich präsentiert und anschließend diskutiert.

Der Patientenfragebogen für das Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift findet sich in Anhang 1 dieser Arbeit wieder. Die daraus resultierenden Ergebnisse sind ab Anhang 2 wiederzufinden und werden anhand von Graphiken dargestellt.

3.1 Erhebungsinstrument der Patientenbefragung

Patientenbefragungen werden seit dem Jahr 2018 im Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift, mit Hilfe eines Fragebogens, kontinuierlich durchgeführt. Im Rahmen der Untersuchung wird der krankenhauseigene Fragebogen, welcher vom Qualitätsmanager selbst entwickelt wurde, eingesetzt.

Der Patientenfragebogen umfasst eine DIN A4 Seite, welche beidseitig bedruckt ist und setzt sich aus einem Titelblatt und einer Seite mit Fragen zusammen. Das Titelblatt des Patientenfragebogens besteht aus einer Anrede und einem Foto, welche zwei Mitarbeiter, einen Arzt und eine Pflegekraft, vor dem Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift aufzeigt. Der Titel „Patientenfragebogen. Ihre Meinung ist und wichtig!“ betont die Patientenorientierung und wird mit dem Logo des Krankenhauses abgerundet. Die Anrede soll durch allgemeine Hinweise, potenzielle Fragen der Patienten im Vorhinein beantworten. Sie enthält eine Erklärung für die Begründung der Beantwortung des Fragebogens und eine Erläuterung zum Ausfüllen. Hierbei wird dem Patienten erneut betont, dass das Wissen seiner Meinung, zu seinem positiven Nutzen, während des Krankenhausaufenthaltes beitragen soll. Daneben wird in der Anrede die Wahrung der Anonymität des Patienten versichert und sich im Voraus bedankt.
Zu Beginn des Fragebogens wird der Patient gefragt, ob er geplant in die Klinik gekommen ist, stationär oder ambulant behandelt wird. Zusätzlich wird er gebeten, sein Alter und das Datum des Ausfüllens des Fragebogens anzugeben. Der Patientenfragebogen umfasst im Anschluss 17 Fragen aus verschiedenen Themenbereichen und ist in folgende fünf Abschnitte gegliedert:

1. Ärztliche und pflegerische Versorgung
2. Organisation und Service
3. Vertrauen und Sicherheit
4. Wo wurden Sie genau behandelt?
5. Fachabteilungen

Im ersten Abschnitt stehen Fragen bezüglich der Behandlung und Betreuung des Patienten im Mittelpunkt. Dieser soll unter anderem sein aktuelles Behandlungsergebnis und die ärztlich-pflegerische Zusammenarbeit beurteilen und beantworten wie er die Betreuung durch die Ärzte als auch durch das Pflegepersonal empfindet. Der zweite Abschnitt fragt zum einen nach der Beurteilung der Serviceangebote, welche die Unterbringung und Ausstattung, Hygiene und Speisenversorgung umfassen und zum anderen nach der Organisation während der Aufnahme, Entlassung und ggf. Notaufnahme. Im nächsten Abschnitt, welcher den letzten Fragenabschnitt darstellt, geht es um die Beurteilung der persönlichen Sicherheit und das Einschätzen, inwiefern auf die persönlichen Bedürfnisse des Patienten eingegangen wird.

Zudem wird der Patient in diesem Abschnitt gebeten, anzugeben, ob er sich in der Klinik noch einmal behandeln lassen würde und ob er die Klinik seinen Bekannten und Freunden weiterempfehlen würde. Der folgende Abschnitt handelt von der Angabe der Station, in der der Patient behandelt wurde und schließlich endet der Patientenfragebogen mit dem fünften Abschnitt, in der eine Angabe zur Fachabteilung getätigt werden soll.

Der Patientenfragebogen hat einen merkmalsorientierten Charakter. Die Patienten beantworten die Fragen, indem sie Bewertungen abgeben, womit ein „Rating“ Verfahren angewendet wird. Bei der Messung mit dem Fragebogen werden Likert-Skalen verwendet. Hierbei beantwortet der Patient nicht die Fragen, sondern gibt mithilfe mehrstufiger Antwortvorgaben an, inwiefern er auf diese Fragen zustimmt. Bei der Abstufung der Antwortmöglichkeiten gilt es zu unterscheiden, ob gerade oder ungerade Skalen verwendet werden. Bei ungeraden Skalen besteht die Möglichkeit des Auswählens einer neutralen Antwortmöglichkeit. Diese bietet jedoch nicht immer eine eindeutige Interpretation. Bei geraden Skalen besteht diese Möglichkeit nicht und die Befragten haben sich für eine Antwortmöglichkeit festzulegen. Zusätzlich wird empfohlen dem Patienten eine Möglichkeit anzubieten, ein Antwortfeld mit „Ich weiß nicht“ oder „Keine Angabe“ auswählen zu können (Hensen, 2019, S. 326).

Im Patientenfragebogen des Krankenhauses Reinbek steht den Patienten eine sechsfach abgestufte Ratingskala zur Verfügung, welche sich am Schulnotensystem (1=sehr gut bis 6=ungenügend) orientiert. Eine „trifft nicht zu“ Antwortmöglichkeit steht den Patienten ebenfalls zur Verfügung, mit der Lücken im Fragebogen beglichen werden sollen, wenn keine Angaben gemacht werden oder die Fragen sich für den Patienten während des Aufenthaltes als nicht relevant darstellen. Darüber hinaus beinhaltet der Fragebogen zwei geschlossene Fragen, indem die Patienten nur die Möglichkeit haben mit „Ja“ oder „Nein“ zu antworten. Letztendlich ist der Patientenfragebogen so gestaltet worden, dass er für die Patienten leicht und schnell zu verstehen und zu beantworten sein soll.

Zu erwähnen ist, dass seit Anfang 2020, der Patientenfragebogen im Krankenhaus Reinbek St. Adolf Stift überarbeitet wurde und eine neue Version vorliegt. Bis auf einige wenige Verbesserungen im Ausdruck der Frageformulierungen, ist der Inhalt der Fragen, bezüglich der Zufriedenheit, gleichgeblieben und hat sich nicht

verändert. Die Veränderung fand in der Angabe des zu behandelnden Ortes statt. Im neuen Fragebogen wurde der vierte Abschnitt durch die Ergänzung der neugebauten Station 14, der Aufteilung einiger Stationen in a und b und der Möglichkeit der Angabe einer Behandlung in der Zentralen Notaufnahme und Ambulanten OP aktualisiert. Während im alten Fragebogen der fünfte Abschnitt einen Freitextfeld für Anregungen und Hinweise anbot, wurde im neuen Fragebogen das Freitextfeld durch die Angabe der Fachabteilung ersetzt.

3.2 Datenerhebung der Patientenbefragung

Das Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift stellt zum einen ein Akutkrankenhaus der Regelversorgung in Reinbek und Umgebung dar und dient gleichzeitig für die Region in vielen Fachgebieten als Schwerpunktversorger. Darüber hinaus wird es für die Universität Hamburg als Akademisches Lehrkrankenhaus verwendet (Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift, o.J.).

Bei der allgemeinen Patientenbefragung bezüglich des Krankenhausaufenthaltes im Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift erfolgt keine spezielle Erhebung einer Stichprobe. Somit wird auch in dieser Untersuchung jedem Patienten, der sich im Krankenhaus aufhält, die Möglichkeit geboten, an der Befragung teilzunehmen und den Patientenfragebogen auszufüllen. Die Patientenbefragung wird anhand der Methode der schriftlichen Befragung mit Hilfe eines standardisierten Patientenfragebogens durchgeführt. Die Teilnahme erfolgt im Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift vor Ort, während des Krankenhausaufenthaltes der Patienten. Da der Patient sich bereits im Krankenhaus befindet, soll ihm die Teilnahme an der Befragung keinen zusätzlichen Aufwand bereiten, wodurch eine höhere Rücklaufquote bezweckt werden soll. Die Teilnahme der Patienten an der Befragung ist freiwillig. Um die Teilnahmebereitschaft jedoch zu fördern, erinnern die Pflegekräfte auf den Stationen regelmäßig über die Möglichkeit, an der Befragung teilnehmen zu können. Die Wahl des Zeitpunktes den Fragebogen auszufüllen, ist den Patienten individuell selbst überlassen.

Die Ermittlung der Patientenzufriedenheit für die Untersuchung verteilt sich zeitlich auf zwei Monate, und zwar vom 01.03.2020 bis zum 30.04.2020.

Die Fragebögen werden auf allen Stationen, ausgeschlossen der Intensivstation, des Krankenhaus Reinbeks St. Adolf-Stift, ausgeteilt. Hierzu zählen folgende Stationen:

- Station 2 (Orthopädie/ Unfallchirurgie)
- Station 3a (Visceral/ Thorax-Chirurgie-Urologie)
- Station 3b (Visceral/ Thorax-Chirurgie-Urologie)
- Station 4 (IMC, CPU, Stroke Unit)
- Station 5 (Kardiologie)
- Station 6 (Innere und Stroke Unit)
- Station 7 (Onkologie/ Palliativ)
- Station 8a (Gynäkologie)
- Station 8b (Geburtshilfe)
- Station 9 (Innere)
- Station 10 (Gefäßchirurgie)
- Station 11 (Orthopädie/ Unfallchirurgie)
- Station 12 (Chirurgie diverse)
- Station 14 (interdisziplinär)
- Zentrale Notaufnahme
- Herzkatheterlabor
- Endoskopie
- Röntgen
- Ambulanter OP

Zusätzlich stehen den Patienten, am Empfang des Haupteingangs, Patientenfragebögen zum Ausfüllen bereit.

Das Ausschließen der Intensivstation beruht auf der Annahme, dass der Allgemeinzustand der Patienten zu niedrig ist und sie somit aufgrund ihrer gesundheitlichen Verfassung vorübergehend nicht dazu in der Lage sind, die Fragebögen auszufüllen. Sobald sich der Zustand der Patienten bessert, werden sie auf andere Stationen verlegt, wo sie die Möglichkeit haben, die Fragebögen auszufüllen.

Die Patientenfragebögen befinden sich auf den Fluren, nahe den Stationszimmern der Pflegekräfte, an einem Ständer an der Wand aufgehängt und stehen zusätzlich auf der Fensterbank. Gleichzeitig hängen dort mehrere Kugelschreiber, um

sicherzustellen, dass das Ausfüllen des Fragebogens, nicht an fehlenden Schreibmaterialien scheitert. Neben der Unterbringung der Fragebögen befinden sich, speziell dafür vorgesehene Briefkästen, in die die ausgefüllten Fragebögen reingeworfen werden sollen.

Im Rahmen der Datenerhebung werden die Briefkästen mindestens einmal wöchentlich geleert und die Patientenfragebögen und Kugelschreiber aufgefüllt.

3.3 Datenerfassung der Patientenbefragung

Innerhalb des genannten Zeitraums, vom 01.03.2020 bis zum 30.04.2020, konnten 148 Fragebögen gesammelt werden.

Nach dem Rücklauf der Bögen, werden diese im Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift zunächst durch „Medlinq“ erfasst. Medlinq ist ein Softwaresystem, welches das Herstellen und Vertreiben von unter anderem formularbasierten Qualitätssicherungs- und Dokumentationssystemen gewährleistet (Huchler, o.J.). Für die Datenerfassung der Patientenbefragung werden die ausgefüllten Fragebögen gescannt und durch die Software Medlinq eigenständig erkannt. Eine durchzuführende Plausibilitätskontrolle stellt eine hohe Datenqualität sicher (Niehoff, o.J.).

Die erfassten Patientenfragebögen werden anschließend, in Form eines Rohdatensatzes, in das Tabellenkalkulationsprogramm Microsoft Excel exportiert und danach in die Statistiksoftwareplattform SPSS übertragen und für die Datenauswertung verwendet.

Die Ergebnisse der Patientenbefragung werden in einer Gesamtauswertung analysiert. Für die skaliert vorliegenden Antworten werden Häufigkeiten und mögliche zentrale Tendenzen ermittelt.

Anschließend werden die Ergebnisse des Fragebogens auf ihre Zusammenhänge in Bezug auf die unabhängige Variable „Alter“ mittels des Chi-Quadrat-Tests geprüft. Hierdurch soll getestet werden, ob die Einschätzungen der Patienten von ihrem Alter abhängen. Das Signifikanzniveau wurde auf $p<005$ gesetzt.

4. Ergebnisse

Im Folgenden werden die ausgewerteten Ergebnisse der Befragung vorgestellt.

4.1 Zufriedenheit der Patienten im Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift

Nach abgeschlossener Erhebung beruht die Auswertung der Daten auf einem Patientenkollektiv von 148 Patienten.

Das Durchschnittsalter der Patienten liegt bei 58,7 Jahren. Der jüngste Patient ist 16 Jahre und der älteste 92 Jahre alt. Der Median, der sich als der genau in der Mitte einer Datenverteilung liegende Wert definieren lässt, der erhobenen Altersangaben in dem Patientenkollektiv ist 62 und der Modus, welcher den in der Stichprobe am häufigsten vorkommenden Wert beschreibt, beträgt 73. Von 148 Befragungsteilnehmern haben fünf Patienten (3,4%) ihr Alter nicht angegeben und diese Aussage verweigert. Das Alter der befragten Patienten wird anhand einer Aufteilung in fünf Altersgruppen ausgewertet. Erwähnenswert ist, dass zum Zeitpunkt der Datenerhebung über 50 Prozent (54,7%) der Patienten zwischen 18 und 65-Jahre alt sind und dadurch die dominierende Altersgruppe im gesamten Patientenkollektiv darstellen. Es folgt die Altersgruppe der 66-79-jährigen (29,1%) und den über 80-jährigen Patienten (11,5%). Patienten im Alter von 13-17 Jahren (1,4%) waren weniger repräsentiert (s. Abbildung1).

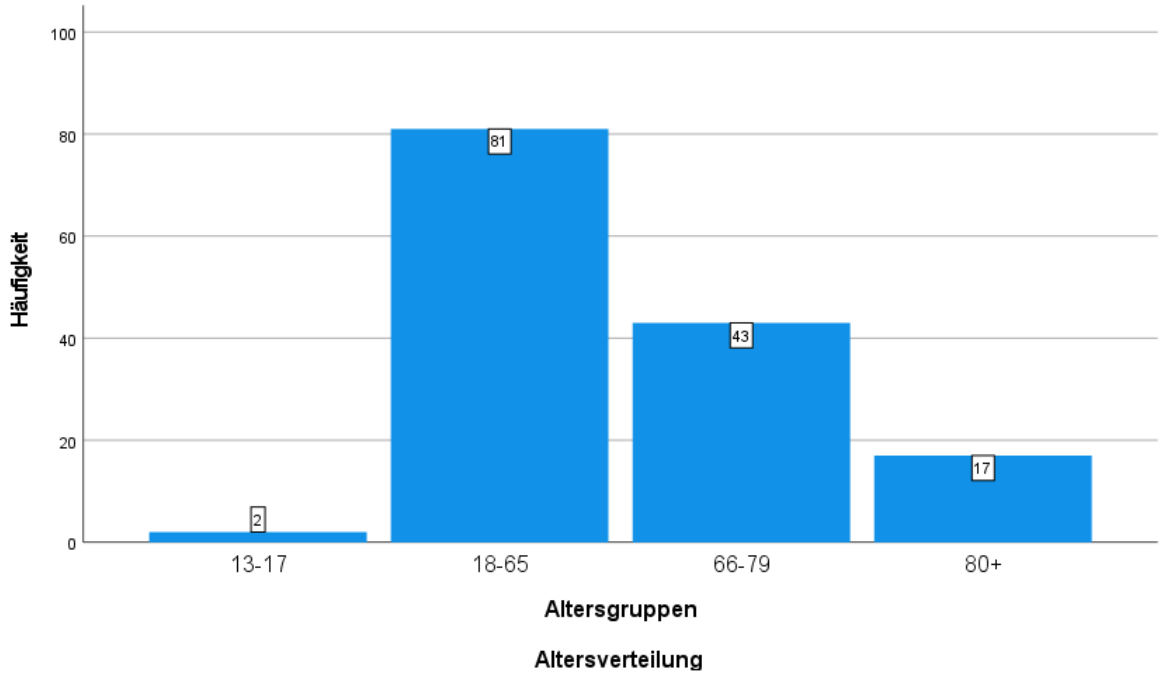


Abbildung 1: Altersverteilung
Quelle: Eigene Darstellung

Im Hinblick auf die Aufnahme, ob der Patient geplant in die Klinik gekommen ist, stationär oder ambulant behandelt wurde, ist festzuhalten, dass bei 76 Patienten (51,4%), der Krankenhausaufenthalt geplant stattgefunden hat. 32 Patienten (21,6%) haben angegeben, dass sie stationär behandelt werden und gleichwohl haben 32 Patienten angegeben, dass sie ambulant über die Zentrale Notaufnahme behandelt werden. Bei acht Patienten (5,4%) ist keine Aussage bezüglich der Aufnahme erfolgt. Die Kategorie „Ich bin geplant in die Klinik gekommen“ bildet somit den Modus (s. Abbildung 2).

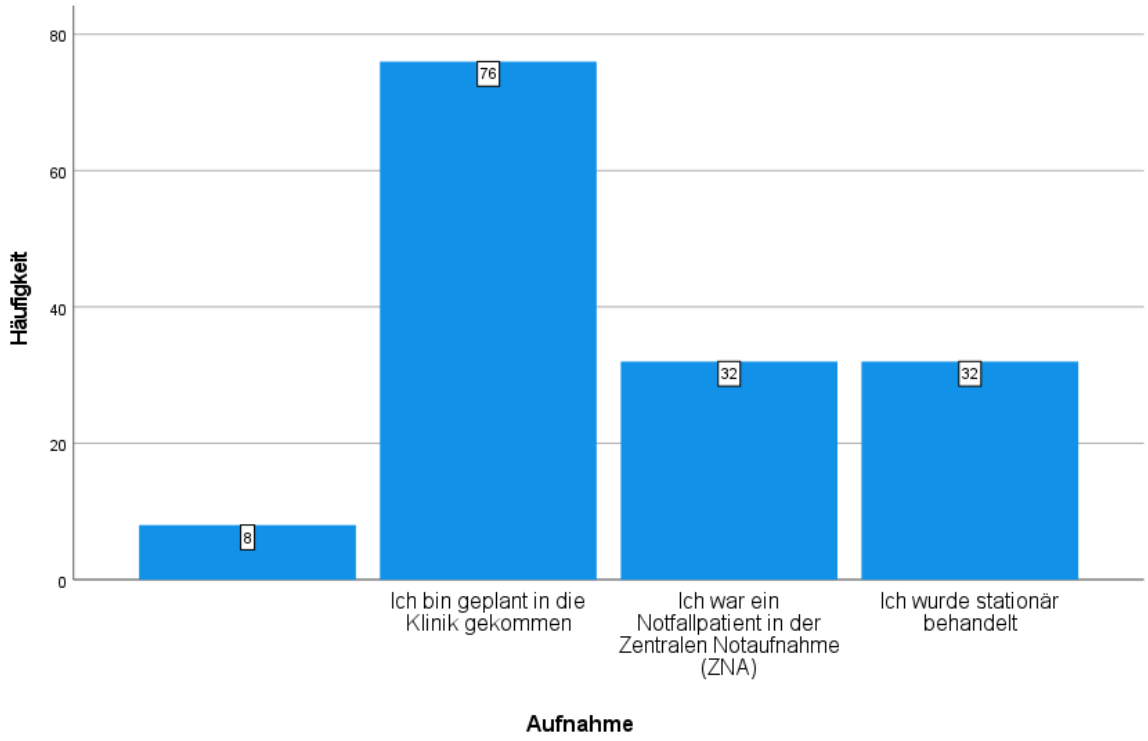


Abbildung 2: Aufnahme
Quelle: Eigene Darstellung

Die ersten sechs Fragen, die den Abschnitt über die ärztliche und pflegerische Versorgung darstellen, weisen sowohl im 25. als auch im 50. Perzentil den Wert 1 und im 75. Perzentil den Wert 2 auf. Somit beträgt der Median und der Modus 1. Für die Frage, bezüglich der Zufriedenheit mit der Schmerzbehandlung, geben 17 Patienten (11,5%) keine Bewertung ab, gefolgt von der Frage, der Beurteilung der ärztlich-pflegerischen Zusammenarbeit mit 10 Patienten (6,8%), die keine Einschätzung abgeben. Sieben Patienten (4,7%) geben keine Beurteilung über ihr aktuelles Behandlungsergebnis ab und jeweils vier Patienten (2,7%) haben keine Einschätzung hinsichtlich des Behandlungsablaufes, inwieweit sie sich jederzeit über ihre Behandlung informiert gefühlt haben, sowie über die medizinische Betreuung durch die Ärzte abgegeben. Die Betreuung durch das Pflegepersonal haben lediglich drei Patienten (2,0%) nicht beurteilt und somit die Antwortmöglichkeit „trifft nicht zu“ gewählt.

Aus den Bewertungen werden Durchschnittsnoten gebildet, wobei 1= sehr zufrieden und 6= sehr unzufrieden bedeutet. Hierdurch sollen die Ergebnisse anschaulicher

und kompakter dargestellt werden. Die vollständige Auswertung mit den einzelnen Noten dazu befindet sich im Anhang (s. Anhang 2).

Die Betreuung durch das Pflegepersonal erhält im ersten Abschnitt die beste Bewertung mit einer Durchschnittsnote von 1,30, gefolgt vom Behandlungsergebnis mit 1,43 und der medizinischen Betreuung durch die Ärzte mit 1,45. In Bezug auf die Schmerzbehandlung ergibt die Bewertung der Zufriedenheit durchschnittlich 1,57, gefolgt von der ärztlich pflegerischen Zusammenarbeit mit 1,59. Die Frage bezüglich des Behandlungsablaufes erhält den Mittelwert 1,66 (s. Abbildung 3).

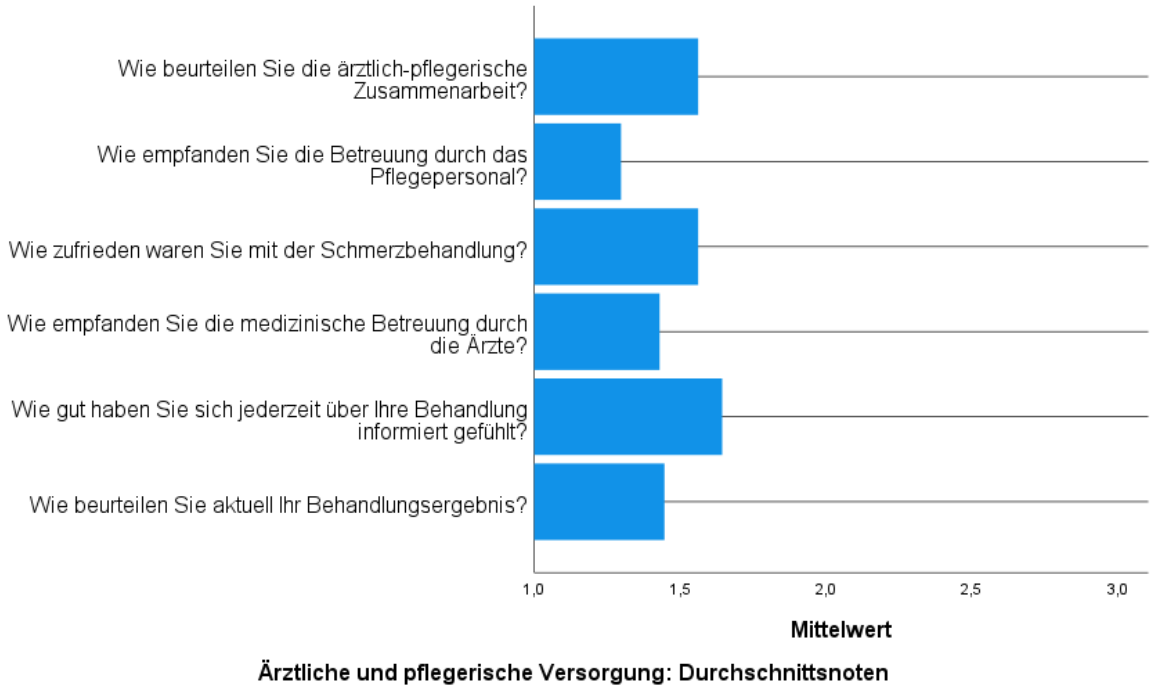


Abbildung 3: Ärztliche und pflegerische Versorgung: Durchschnittsnoten
Quelle: Eigene Darstellung

Die nächsten sechs Fragen bilden mit Themenbereichen über die Organisation und den Service den zweiten Abschnitt des Fragebogens. Im 25. Perzentil weisen alle Fragen den Wert 1 auf, ausgeschlossen der Frage über die Qualität der Speisenversorgung, die den Wert 2 erhält. Im 50. Perzentil, was zugleich den Median abbildet, erhalten bis auf die Frage, bezüglich des Empfindens der Organisation der Aufnahme, die weiterhin den Wert 1 aufzeigt, alle den Wert 2. Ausgenommen der Frage über die Qualität der Spesenversorgung, die den Wert 3 erhält, erhalten im 75. Perzentil die restlichen Fragen des zweiten Abschnittes den Wert 2. Der Modus variiert zwischen dem Wert 1 und 2 im Hinblick auf die Fragen. Mit 62 Patienten

(41,9%) bildet die Beurteilung der Wartezeit in der Notaufnahme, die Frage, die am wenigsten beantwortet wurde. Ob eine ausführliche und zeitgerechte Information zur Entlassung stattfand, haben 26 Patienten (17,6%) und die Qualität bezüglich der Speisenversorgung 16 Patienten (10,8%) nicht beurteilt. Die restlichen Fragen wurden bis auf eine Range von drei bis sechs Patienten vollständig beantwortet.

Die Organisation der Aufnahme weist im zweiten Abschnitt des Fragebogens die höchste Zufriedenheit, mit einer Durchschnittsnote von 1,53 auf. Es folgt die Hygiene und Sauberkeit mit einem Mittelwert von 1,74 und die Information in Bezug auf die Entlassung mit 1,75. Der Aspekt Unterbringung und Ausstattung wird durchschnittlich mit 1,82 bewertet. Am wenigsten zufrieden waren die Patienten mit der Wartezeit in der Notaufnahme (2,10) und der Qualität der Speisenversorgung (2,64) (s. Abbildung 4).

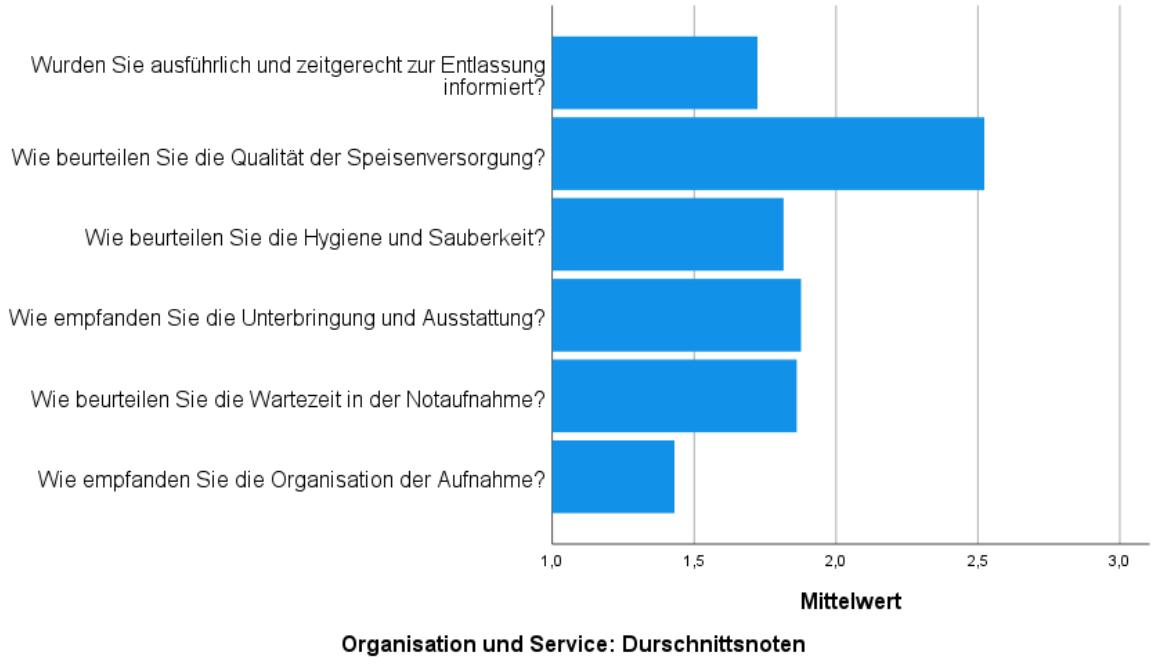


Abbildung 4: Organisation und Service: Durchschnittsnoten
Quelle: Eigene Darstellung

Die nachfolgenden drei Fragen, die einen Teil des dritten Abschnitts ausmachen und die Themen Vertrauen und Sicherheit behandeln, bilden im 25. Perzentil und im Median den Wert 1. Der Modus beträgt ebenfalls 1 und das 75. Perzentil erhält den Wert 2. Die Range der Antworten, die nicht bewertet wurden, variiert zwischen fünf und zehn Patienten.

Die Frage, inwieweit sich die Patienten in der Klinik als Mensch verstanden fühlten, erhält in diesem Abschnitt die höchste Zufriedenheit mit einer Durchschnittsnote von 1,49, gefolgt vom Umgang mit der persönlichen Sicherheit mit 1,52. Der Mittelwert des Eingehens auf die persönlichen Bedürfnisse der Patienten liegt bei 1,61 (s. Abbildung 5).

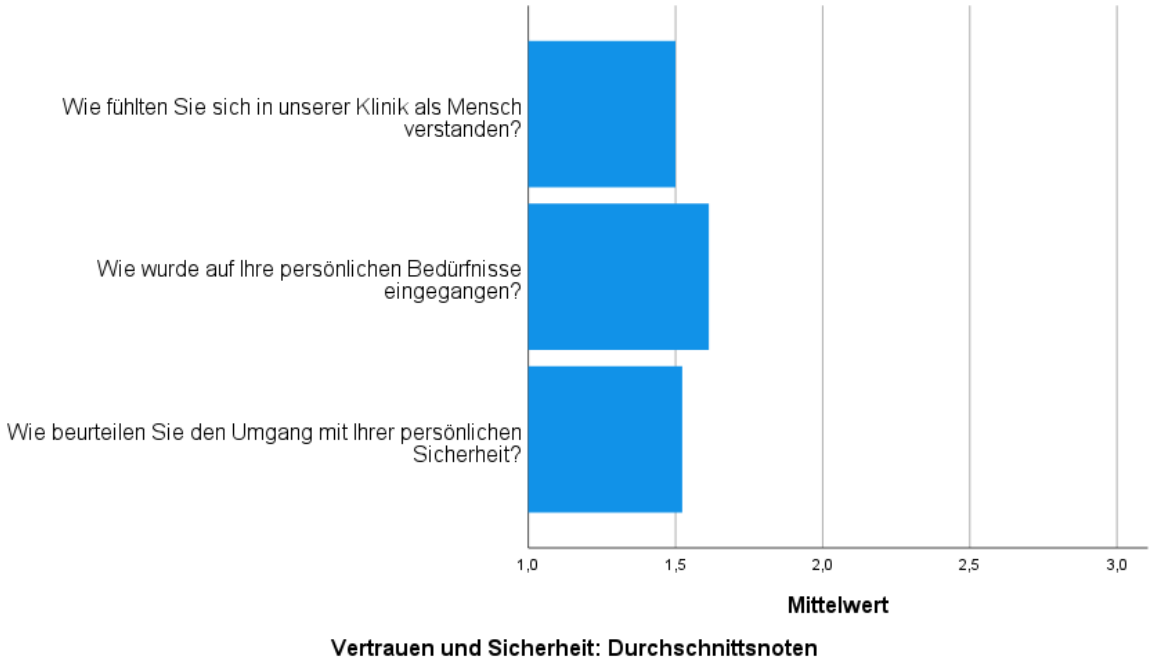


Abbildung 5: Vertrauen und Sicherheit: Durchschnittsnoten
Quelle: Eigene Darstellung

Auf die Frage, ob die Patienten sich in der Klinik wieder behandeln lassen würden, welche die Fortsetzung des Patientenfragebogens darstellt, bejahten 135 Patienten (91,2%) diese Frage. Fünf Patienten (3,4%) würden sich nicht erneut in der Klinik behandeln lassen und acht Patienten (5,4%) enthalten sich. Somit ist „Ja“ die Kategorie, in der sich die meisten Merkmalsträger befinden und bildet den Modus (s. Abbildung 6).

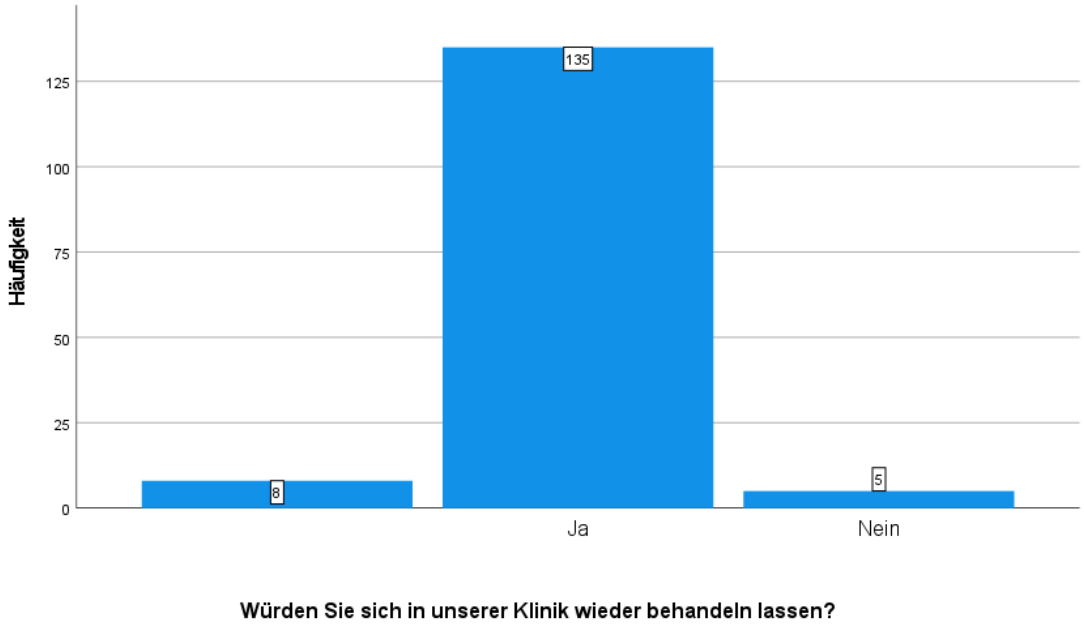


Abbildung 6: Erneute Behandlung in der Klinik
Quelle: Eigene Darstellung

Ob die Patienten die Klinik Ihren Freunden und Bekannten weiterempfehlen würden, haben 130 Patienten (87,8%) mit ja beantwortet, neun Patienten (6,1%) haben die Frage abgelehnt und ebenfalls neun Patienten (6,1%) keine Angabe getätigt. Dies ergibt für den Modus ebenfalls die Kategorie „Ja“ (s. Abbildung 7).

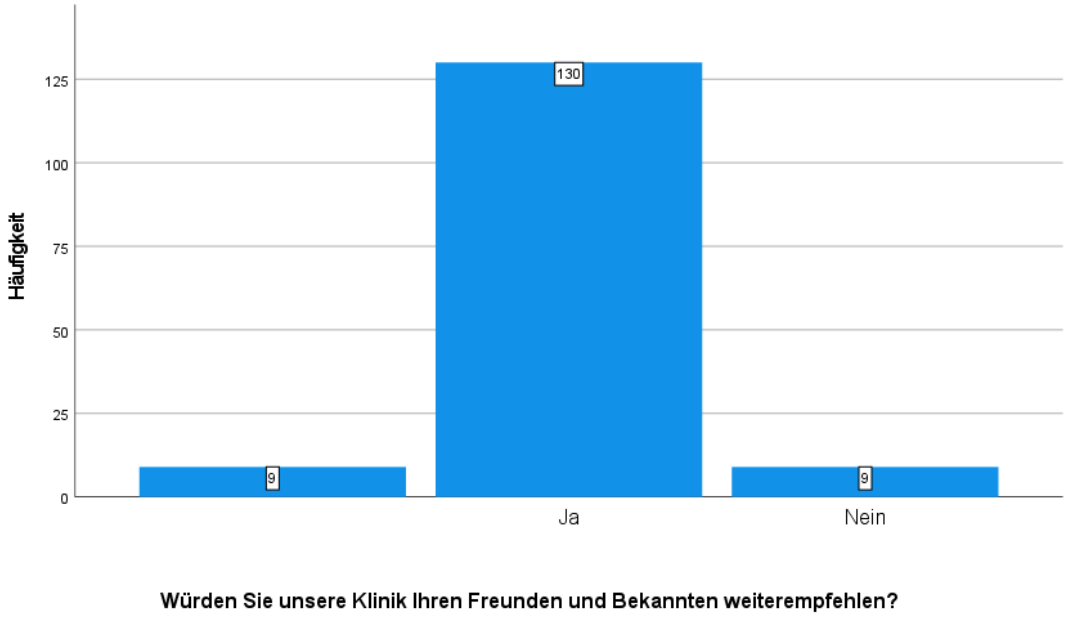


Abbildung 7: Weiterempfehlung an Freunde und Bekannte
Quelle: Eigene Darstellung

Die Patienten, die an der Befragung teilnehmen, verteilen sich unterschiedlich auf den Stationen. Auffallend ist das die Station 3 mit Abstand die meisten (37,2%) Teilnehmer aufweist und somit zugleich den Modus darstellt. Es folgt die Station 14, aus der 22 der 148 Patienten (14,9%) an der Befragung teilnehmen und die Station 8a mit 18 Patienten (12,2%). Die restlichen Stationen sind im Vergleich selten vertreten. Hier variiert die Teilnahme zwischen 1-9 Patienten. Drei Patienten (2,0%) geben keine Angabe zu ihrer behandelnden Station ab (s. Abbildung 8).

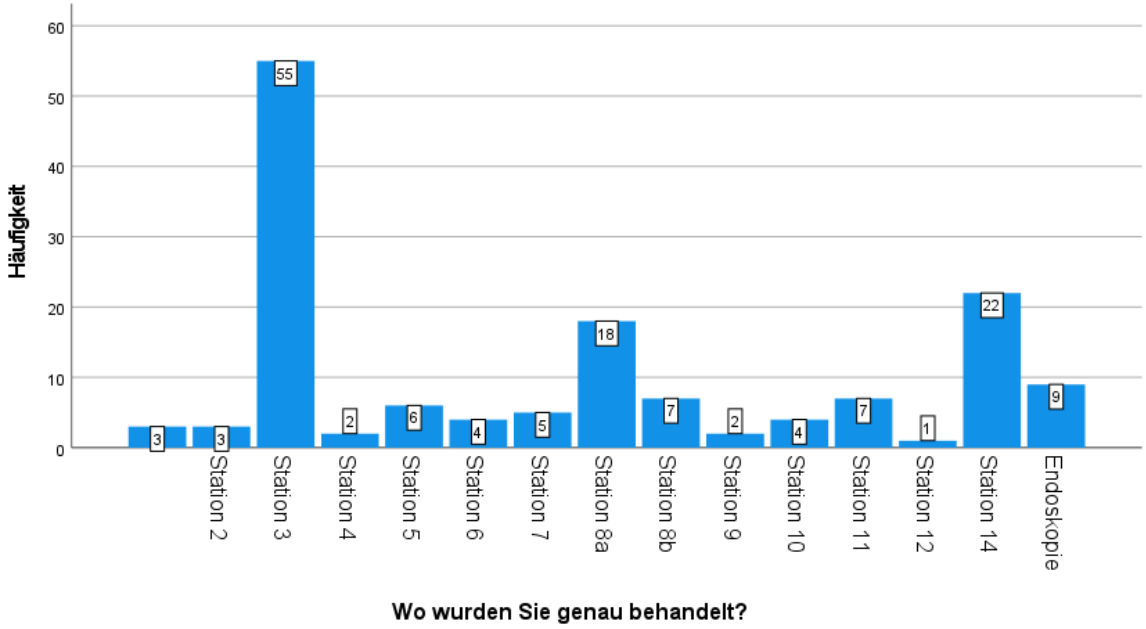


Abbildung 8: Behandlungsort
Quelle: Eigene Darstellung

Bei der Angabe der Fachabteilungen fällt auf, dass 117 Patienten (79,1%) keine Angabe abgegeben haben. Die Fachabteilungen Anästhesie, Onkologie und Palliativmedizin, Shuntzentrum, Nephrologie/ Dialyse, Schlaganfall-Einheit (Stroke Unit), Gynäkologie werden in der durchgeführten Befragung nicht angegeben. Zwölf Patienten (8,1%) befinden sich zum Erhebungszeitpunkt in der Fachabteilung Allgemeinchirurgie und Bauchchirurgie. Die Range der restlichen Fachabteilungen variiert von ein bis sechs Patienten (s. Abbildung 9).

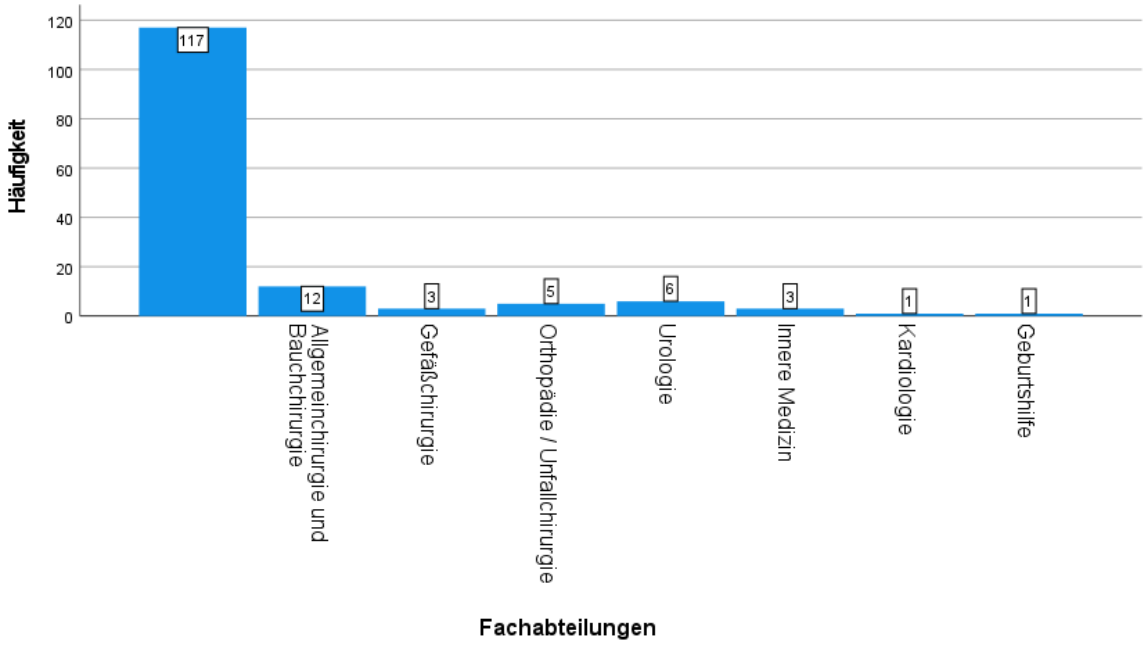


Abbildung 9: Fachabteilung
Quelle: Eigene Darstellung

Um eine allgemeinere Aussage hinsichtlich der einzelnen Fragen treffen zu können, die nicht darstellt inwieweit die Patienten zufrieden sind, sondern ob die Patienten in Bezug auf die einzelnen Themenbereiche generell zufrieden oder unzufrieden sind, werden die Antwortkategorien gruppiert und erneut betrachtet. Die Bewertungen sehr gut, gut und befriedigend werden in die Klasse „zufrieden“ zusammengefasst und die Bewertungen ausreichend, mangelhaft und ungenügend stellen „unzufrieden“ dar.

Daraus lässt sich festhalten, dass in Bezug auf das aktuelle Behandlungsergebnis, aus den 141 Patienten, die diese Frage bewertet haben, 97,9 Prozent, was 138 Patienten ausmacht, mit dem Behandlungsergebnis zufrieden und lediglich 3 Patienten (2,1%) unzufrieden sind.

Mit dem Behandlungsablauf sind von 144 Patienten, 136 Patienten (94,4%) zufrieden und acht Patienten (5,6%) unzufrieden.

Von 144 Patienten sind 139 Patienten (96,5%) mit der medizinischen Betreuung durch die Ärzte zufrieden und fünf Patienten (3,5%) unzufrieden.

Zum Zeitpunkt der Befragung lässt sich ermitteln, dass von 131 Patienten, 96,2 Prozent mit der Schmerzbehandlung zufrieden und 3,8 Prozent unzufrieden sind.

Mit der Betreuung durch das Pflegepersonal sind von insgesamt 145 Patienten, alle bis auf drei Patienten (2,1%) zufrieden.

Im Hinblick auf die ärztlich-pflegerische Zusammenarbeit stellt sich heraus, dass von 138 Patienten, 132 Patienten (95,7%) zufrieden und 6 Patienten (4,3%) unzufrieden sind.

Wie der Aufnahmeprozess organisiert wird, ist für 141 von 145 Patienten (97,2%) zufriedenstellend. Lediglich vier Patienten (2,8%) sind mit der Organisation der Aufnahme unzufrieden.

Von den 86 Patienten, die die Wartezeit in der Notaufnahme beurteilt haben, sind 76 Patienten (88,4%) zufrieden und zehn Patienten (11,6%) unzufrieden.

Mit der Unterbringung und Ausstattung im Krankenhaus sind von 142 Patienten 135 Patienten (95,1%) zufrieden und sieben Patienten (4,9%) unzufrieden.

Bezogen auf die Hygiene und Sauberkeit sind von 144 Patienten, 95,1 Prozent zufrieden und 4,9 Prozent unzufrieden.

Die Qualität der Speisenversorgung betreffend, sind von 132 Patienten, die diese Frage beantwortet haben, 107 Patienten (81,1%) zufrieden und 25 Patienten (18,9%) unzufrieden.

In Anbetracht auf eine ausführliche und zeitgerechte Entlassung stellt sich heraus, dass von 122 Patienten 117 Patienten (95,9%) zufrieden und fünf Patienten (4,1%) unzufrieden sind.

Mit dem Umgang mit der persönlichen Sicherheit sind von 138 Patienten 135 Patienten (97,8%) zufrieden und drei Patienten (2,2%) unzufrieden.

Im Hinblick auf das Eingehen auf die persönlichen Bedürfnisse lässt sich ermitteln, dass von 139 Patienten 97,8 Prozent zufrieden und 2,2 Prozent unzufrieden sind.

Von 143 Patienten sind 140 Patienten (97,9%) damit zufrieden, inwiefern sie in der Klinik als Mensch verstanden wurden. Drei Patienten (2,1%) sind diesbezüglich unzufrieden.

Aus den gewonnenen Ergebnissen ist erkennbar, dass die höchste Zufriedenheit mit 97,9 Prozent beim aktuellen Behandlungsergebnis, der Betreuung durch das Pflegepersonal und dem Umgang mit ihnen als Menschen besteht. Am unzufriedensten sind die Patienten im Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift mit der Qualität der Speisenverpflegung und der Wartezeit in der Notaufnahme.

4.2 Zusammenhangsberechnung

Die statistische Überprüfung belegt, in Bezug auf das Alter der Patienten, keine Unterschiede im Antwortverhalten. Es werden keine signifikanten altersspezifischen Unterschiede mittels des Chi-Quadrat-Tests im Antwortverhalten für die folgenden Variablen nachgewiesen:

Zusammenhänge in Abhängigkeit vom Alter

	Chi-Quadrat-Test Signifikanz
Wie beurteilen Sie aktuell Ihr Behandlungsergebnis?	0,469
Wie gut haben Sie sich jederzeit über Ihre Behandlung informiert gefühlt?	0,163
Wie empfanden Sie die medizinische Betreuung durch die Ärzte?	0,133
Wie zufrieden waren Sie mit der Schmerzbehandlung?	0,592
Wie empfanden Sie die Betreuung durch das Pflegepersonal?	0,306
Wie beurteilen Sie die ärztlich-pflegerische Zusammenarbeit?	0,319
Wie empfanden Sie die Organisation der Aufnahme?	0,243
Wie beurteilen Sie die Wartezeit in der Notaufnahme?	0,056
Wie empfanden Sie die Unterbringung und Ausstattung?	0,782
Wie beurteilen Sie die Hygiene und Sauberkeit?	0,937
Wie beurteilen Sie die Qualität der Speisenversorgung?	0,276
Wurden Sie ausführlich und zeitgerecht zur Entlassung informiert?	0,778
Wie beurteilen Sie den Umgang mit Ihrer persönlichen Sicherheit?	0,068

Wie wurden auf Ihre persönlichen Bedürfnisse eingegangen?	0,084
Wie fühlten Sie sich in unserer Klinik als Mensch verstanden?	0,271
Würden Sie sich in unserer Klinik wieder behandeln lassen?	0,380
Würden Sie unsere Klinik Ihren Freunden und Bekannten weiterempfehlen?	0,282

Tabelle 1: Zusammenhänge in Abhängigkeit vom Alter
Quelle: Eigene Darstellung

5. Maßnahmen zur Verbesserung der Patientenzufriedenheit

Um die Zufriedenheit der Patienten zu erhöhen, kann sich darum bemüht werden, die Patienten durch Verständnis und emotionale Kompetenz zu begeistern. Denn die emotionalen Faktoren lösen oftmals neben den fachlichen Aspekten, Begeisterung aus. Demnach könnte bereits ein authentisches Lächeln, das Zeigen von Wertschätzung, sich Zeit nehmen, ehrlich sein, die Patienten mit dem Namen ansprechen und wiedererkennen, zuvorkommend, großzügig und kulant sein, einen Beitrag zur Steigerung der Zufriedenheit leisten (Dumont & Schüller, 2016, S. 60f.). Des Weiteren stellt die Kommunikation einen entscheidenden Aspekt dar. Eine der wesentlichsten ärztlichen Maßnahmen bildet das persönliche Gespräch mit dem Arzt. Hierfür sollte bezüglich der Belange des Patienten, aufmerksam zugehört werden. Gleichzeitig sollte dem Patienten gewährleistet werden, dass ihm die Informationen patientenorientiert kommuniziert werden und er diese versteht. Deswegen gilt es bei Verwendung medizinischer Termini, diese auch direkt im Anschluss zu erklären (Dumont & Schüller, 2016, S. 88-90).

Neben den kurz erwähnten allgemein geltenden Maßnahmen werden nachfolgend für die zwei Aspekte, die in der Zufriedenheitsmessung die geringste Zufriedenheit aufweisen, konkrete Verbesserungsvorschläge erläutert.

5.1 Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität der Speisenverpflegung

Die Verpflegung der Patienten während ihres Krankenhausaufenthaltes stellt eine Quelle der Patientenzufriedenheit dar. Die Qualität der Speisenversorgung im Krankenhaus kann das Urteil von Patienten, bezüglich ihrer Zufriedenheit mit dem

Aufenthalt im Krankenhaus, entscheidend beeinflussen. Wohlbefinden und Stimmungslage werden durch die Speisenverpflegung, welche für viele Patienten, das wesentlichste positive Krankenhauserlebnis während des Aufenthaltes abbildet, beeinflusst. Das Verpflegungsmanagement im Krankenhaus steht vor der Herausforderung, die gestellten Anforderungen, welche Patientenzufriedenheit, Qualität, Hygiene, Wirtschaftlichkeit und spezifische Patientenanforderungen bei bestimmten Krankheitsbildern sind, zeitgleich zu erfüllen. Servicequalität und Kommunikation sind entscheidende Faktoren, die der Patient mit der medizinischen Leistungsfähigkeit assoziiert (Eiff, 2013, S. 5f.; Eiff, 2012, S. 3).

In der durchgeführten Befragung stellt sich heraus, dass die Patienten im Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift mit 81,1 Prozent Zufriedenheit, mit der Qualität der Speisenversorgung am wenigsten zufrieden sind.

Das Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift arbeitet nach dem „cook & chill“-Verfahren. Hierbei wird unter „cook“ Kochen und unter „chill“ Kühlen verstanden. Charakteristisch für dieses Verfahren ist das frische Zubereiten und das, nach dem Garprozess, anschließende schonende Kühlen, auf eine Temperatur von 3°C, der Nahrung. Nach dem die Lebensmittel kaltgelagert und portioniert werden, werden diese kurz vor dem Verzehr für jede Station, in speziell dafür angefertigten Regenerierwagen, endgegart. Die Erhaltung vieler Nährwerte und die Erfüllung der, für warme und kalte Speisen, geltenden lebensmittelrechtlichen Vorgaben, soll mit diesem Verfahren bezweckt werden. Zudem stellt das Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift den Patienten täglich drei verschiedene Kostmöglichkeiten zur Verfügung: Vollkost, leichte und vegetarische Kost, Kost mit weniger Zucker. Die Ausarbeitung der speziellen Kostformen erfolgt mithilfe der Unterstützung von drei ausgebildeten Diätassistentinnen. Darüber hinaus haben die Patienten die Möglichkeit ihre besonderen Essenswünsche, den Menüassistentinnen, welche sich werktags auf den Stationen befinden, mitzuteilen. Liegen keine Einschränkungen durch ärztliche Anordnungen bei den Patienten vor, werden die individuellen Wünsche erfüllt (Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift, o.J.).

Zum Prozess der Speisenverpflegung tragen unterschiedliche Bereiche und Berufsgruppen, wie zum Beispiel der Arzt, die Pflegekraft, die Verwaltung, das Qualitätsmanagement, das Verpflegungsmanagement, die Logistik, die Speisenerfassung

und Diätassistentin bei. In Bezug auf eine hohe Patientenzufriedenheit und Versorgungsqualität stellt das Schnittstellenmanagement ein Optimierungselement dar. Aus diesem Grund wäre das Ansetzen am Schnittstellenmanagement, eine Möglichkeit die Qualität der Speisenverpflegung verbessern zu können. Eine genaue Ermittlung der zuständigen Aufgaben zwischen einzelnen oder innerhalb einzelner Organisationsbereiche sollte hiernach durchgeführt werden, um potenzielle Schnittstellenprobleme und unklare Zuständigkeiten zu identifizieren und folglich versuchen zu minimieren (Beyer-Reiners, 2013, S. 9-12; Ohlrich-Hahn & Beyer-Reiners, 2019, S. 324).

Darüber hinaus könnte die Akzeptanz der Patienten, bezüglich der Speisenverpflegung, durch eine gezielte Kommunikation gesteigert werden. Der Teller beziehungsweise das Tablett des Patienten und die Person, durch die sie das Essen serviert bekommen, stellen in der Regel die einzigen Berührungspunkte dar, mit denen die Patienten die Verpflegungsleistungen wahrnehmen. Hiernach werden Personen, die das Essen tatsächlich zubereiten, außer Acht gelassen. Die Patienten kommunizieren größtenteils über die Pflegekraft, die Servicekraft, den Speiseplan oder über andere Möglichkeiten der Auslobung über die Speisenverpflegung. Zu erwähnen ist, dass die Kommunikation und der Service mit den Patienten bei der Erfassung und Ausgabe der Speisen bedeutend zur Akzeptanz beitragen. Vor diesem Hintergrund gilt es die Personen, die mit den Patienten über die Speisenverpflegung kommunizieren, gezielt zu schulen, damit sie Kenntnis hinsichtlich aller relevanten Informationen in Bezug auf die angebotenen Verpflegungsleistungen haben, diese den Patienten richtig vermitteln können und die Patienten somit alle Leistungen sowie Hilfsangebote in diesem Gebiet nutzen können (Beyer-Reiners, 2013, S. 12).

Neben Gesprächen bezüglich der angebotenen Verpflegungsleistungen, können Gespräche mit den Patienten und Angehörigen über individuelle Ernährungsgewohnheiten hilfreich sein, um die Zufriedenheit zu erhöhen. Die Verpflegung der Patienten richtet sich nach den physiologischen Bedürfnissen und legt den Schwerpunkt auf eine bedarfsgerechte Nährstoffzufuhr. Dennoch gilt es weitere, für den Patienten mit dem Essen verknüpften Bedürfnisse zu berücksichtigen und bestmöglich zu decken, um eine gute Betreuung und auf den Patienten abgestimmte Ernährung zu erreichen. Zu diesem Zweck können strukturierte Anamnesebögen, das

Führen von Ernährungsprotokollen oder die Abfrage eines 24h-recalls eine noch ausführlichere Erfassung der Angaben zum Verzehr und zu Gewohnheiten ermöglichen (Böhm, 2019, S. 366f.).

Eine weitere Möglichkeit, um die Patientenzufriedenheit im Hinblick auf die Speisenverpflegung erhöhen zu können, stellen die Rahmenbedingungen der Nahrungsaufnahme dar. Neben dem gängigen „Tablettsystem“, in dem die Speisen in der Küche vorportioniert werden, können Wärmewagen für warme Speisen oder ein rollendes Buffet für kalte Speisen, sich als eine neue Option für das Austeilen der Mahlzeiten erweisen. Neben der Schwierigkeit eines hierfür benötigten zusätzlichen Personals, würde diese Methode den Patienten eine höhere Individualität in der Auswahl und ein flexibleres Reagieren auf ihre Wünsche ermöglichen. Für Patienten mit einem langen Krankenhausaufenthalt wäre es zum Vorteil, die Mahlzeiten gemeinsam mit ihren Angehörigen, beispielsweise in einer Cafeteria einnehmen zu können. Daneben kann das Pflegepersonal durch Mitverantwortung, Einfluss auf eine für den Patienten angenehme Essatmosphäre haben. In Bezug hierauf kann das Pflegepersonal dafür sorgen, dass ausreichend Besteck vorhanden ist, für bestimmte Patienten, die sich zu den gewohnten Essenszeiten in einer Untersuchung befinden, die Nahrung aufbewahrt wird und zu einem späteren Zeitpunkt noch einmal aufgewärmt wird. Darüber hinaus kann das Essen in mundgerechte Stücke geschnitten werden oder bei verpackten Lebensmitteln kann geholfen werden, diese zu öffnen. Die Abdeckung des Tellers, kann abhängig vom Patienten, ob er darauf sensibel reagiert und mögliche Essensgerüche nicht verträgt, vor dem Servieren entfernt oder gewollt draufgelassen werden. Überdies kann sich beim Abräumen nach möglichen vorhandenen Wünschen erkundigt werden (Ohlrich-Hahn & Beyer-Reiners, 2019, S. 327).

5.2 Maßnahmen zur Verbesserung der Wartezeiten in der Notaufnahme

Die komplexesten Einheiten eines Krankenhauses bilden die Intensivstation und die Notaufnahme, da sie den unterschiedlichsten Einflüssen unterliegen und es hier täglich zu neuen Konfrontationen mit lebensbedrohlichen und überraschenden Situationen kommt (Dodt, 2011, S. 13). Die Notaufnahme steht vor der Herausforderung, dem Patienten, welcher sich oftmals in einer existentiellen Grenzsituation

befindet, psychisch belastet ist und Angst sowie Ungewissheit verspürt, innerhalb kürzester Zeit eine hoch qualifizierte medizinische Leistung anzubieten, die den Patienten zufrieden stellt. Eine als angemessen empfundene Behandlung und Atmosphäre in der Notaufnahme, welche unter anderem eine als kurz erlebte Wartezeit und als ansprechend empfundene Raumgestaltung umfasst, ist für das Erscheinungsbild des Krankenhauses prägend und wirkt sich positiv auf die Weiterempfehlungsbereitschaft des Krankenhauses aus (Eiff, 2011, S. 19f.). Neben dem ersten Eindruck ist der Eindruck der Notaufnahme für Patienten, welche nicht hospitiert werden und ihren Kontakt zum Krankenhaus somit in der Notaufnahme haben, gleichbedeutend mit der gesamten Einrichtung. Aus diesem Grund ist in der Aufnahme- und Anfangsphase eine hohe Patientenzufriedenheit von großer Bedeutung, welche jedoch vorwiegend durch zu lange Wartezeiten im Aufnahmebereich bis hin zur Verlegung auf die weiteren Stationen beeinträchtigt wird (Eiff et al., 2011, S. 244).

Dies hat sich auch in der Patientenbefragung im Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift bestätigt. Demnach sind die Patienten mit 88,4 Prozent Zufriedenheit mit der Wartezeit in der Notaufnahme, nach der Qualität der Speisenversorgung am wenigsten zufrieden.

Infolgedessen werden mögliche Ansatzpunkte erläutert, die eine Verbesserung der Wartezeiten mit sich bringen könnten.

Gleichwie bei der Qualität der Speisenverpflegung wäre das Ansetzen an dem Schnittstellenmanagement, eine Möglichkeit die Prozesse in der Notaufnahme zu optimieren, um eine Reduzierung der Wartezeiten zu erzielen. Die Notaufnahme zeigt zu allen Krankenhausabteilungen und darüber hinaus auch Bereichen, welche außerhalb des Krankenhauses stattfinden, Schnittstellen auf, in denen eine ständige Funktionstüchtigkeit gewährleistet werden muss. Durch eine offene und zügige Kommunikation, die auf gegenseitigem Respekt basiert, soll ein reibungsloser Ablauf zwischen den verschiedenen Akteuren sichergestellt werden. Schriftliche Festlegungen der Aufgabenteilung und Qualitätsstandards weisen sich als unterstützende Hilfsmittel, für eine funktionierende Notaufnahme auf und werden als erforderlich gesehen. Gleiches gilt für eine detaillierte Dokumentation, welche unerlässlich ist, Informationsverluste vermeiden und die Qualität der getätigten Leistung

kontrollieren soll, um Schwachstellen zwischen den Schnittstellen identifizieren zu können (Dodt, 2011, S. 15f.).

Die Einführung des Arbeitsprinzips, dass mehrere Patienten von einem Arzt gleichzeitig betreut werden, stellt einen weiteren Vorschlag dar, wie die Patientenzufriedenheit im Hinblick auf die Wartezeiten in der Notaufnahme verbessert werden könnte. Statt eines langen Kontaktes des Patienten mit dem zuständigen Arzt, zum Beispiel für die Anamnese, gefolgt von langen Wartezeiten, in denen für den Patienten vermeintlich nichts geschieht, würden die Patienten hiernach ihren Arzt mehrmals, in kürzerer Dauer sehen. Das subjektive Gefühl der Patienten, dass ihr zuständiger Arzt ihnen immer zur Verfügung steht, würde ein anderes Erleben des Aufenthaltes in der Notaufnahme und der Wartezeiten zur Folge haben (Hogan, Singh, & Rasche, 2011, S. 302f.).

Daneben ist die Einführung der Point-of-Care-Testung (POCT) eine weitere Methode zur Optimierung der Behandlung in der Notaufnahme und dadurch steigende Patientenzufriedenheit. Die Point-of-Care-Testung ist eine Laboruntersuchung, die im Vergleich zu den herkömmlichen Labordiagnostiken eine höhere Geschwindigkeit in der Ermittlung der Ergebnisse gewährleistet und dies zu einem verkürzten Patientenaufenthalt in der Notaufnahme führt. Dem Patienten kann direkt die Behandlung und der Beschluss, ob eine stationäre Behandlung folgt oder der Patient ambulant verbleibt, mitgeteilt werden. Neben der angemessenen Versorgung der Patienten, dient das Konzept der Point-of-Care-Testung, auch der Prozessoptimierung und somit auch einer Einsparung von Kosten, da aufgrund der raschen Primärdiagnostik, vorhandene und zum Teil limitierte Ressourcen bewahrt werden (Brachmann, 2011, S. 324; Radiometer GmbH, 2012).

Eine Verbesserung der Patientenzufriedenheit geht jedoch oftmals nicht nur mit einer Verkürzung der Wartezeit einher. Eine angenehme und als weniger belastend empfundene Gestaltung der Wartezeit ist genauso entscheidend für das Meinungsbild der Patienten (Fleischmann, Amler, & Schöffski, 2014). Ein Wartebereich, der mit einem Wasserspender, einem Fernsehbildschirm, Magazinen und Tageszeitungen sowie sich in der Nähe befindende sanitäre Räumlichkeiten ausgestattet ist, wäre eine Möglichkeit den Patienten den Aufenthalt in der Notaufnahme angenehmer zu gestalten (Hüfner & Dodt, 2011, S. 252).

6. Diskussion

Die durchgeführte Untersuchung wird im nachfolgenden hinsichtlich methodischer Aspekte sowie einer Diskussion der gewonnenen Ergebnisse kritisch betrachtet.

6.1 Methodische Aspekte

Bei der Interpretation der ermittelten Ergebnisse sollten einige methodische Aspekte berücksichtigt werden, die in der Beurteilung zu Einschränkungen führen könnten.

Patientenumfragen bieten die Möglichkeit Probleme zu identifizieren, bevor sie zu Beschwerden oder Klagen werden. Häufig werden hierfür Techniken der Meinungsumfragen verwendet. Meinungsumfragen würden sich jedoch nur beschränkt dafür eignen, Qualitätsverbesserungen zu erzielen. Denn Meinungen sind eng mit Erwartungshaltungen verbunden, sind kulturspezifisch und lassen sich von vielzähligen Faktoren beeinflussen. Generelle Bewertungsfragen, in denen beispielsweise nach der Bewertung der erhaltenen Behandlung gefragt wird und dafür verschiedene Antwortmöglichkeiten einer Rangordnung angeboten werden, würden demnach sehr positiv ausfallen, die die echten Erfahrungen der Patienten nicht reflektieren. Würden Patienten allerdings detailliertere Fragen im Hinblick auf ihre Erlebnisse und Abläufe während ihrer Behandlung gestellt werden, würde sich ein differenzierteres Bild ergeben, in denen deutlicher ersichtlich wird, welche Bereiche während des Krankenhausaufenthaltes des Patienten gut und welche weniger gut funktionieren (Coulter, 2016, S. 65-67). Eine Möglichkeit, die den Patienten im Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift bereits zur Verfügung steht, ist neben dem Patientenfragebogen ein weiterer Bogen, in dem sie ihre Rückmeldung abgeben können. Dieser setzt sich aus einem Freitextfeld und der Angabe der Person, ob Patient, Angehörige/r, oder Besucher/in, zusammen (s. Anhang 3). Der Bogen ist zum Äußern von Lob, Anregungen, Kritik als auch Beschwerden vorgesehen. Eine zusätzliche Analyse dieses Bogens könnte eventuell neue präzisere Erkenntnisse, in Bezug auf

vorhandene Schwachstellen liefern und dadurch ein genaueres Ansetzen zur Entwicklung von Verbesserungsmaßnahmen ermöglichen.

Die Qualität wird von Patienten ganzheitlich wahrgenommen und unabhängig davon, auf welcher Ebene sie geleistet wird. Dies führt dazu, dass die Patienten aus ihren Erfahrungen, die sie durch leicht zugängliche Ebenen, wie beispielsweise die Beziehungsebene gewinnen, auf die Qualität der gesamten Leistungen im Krankenhaus schließen. Dies begründet einen möglichen schlechten Ruf eines Krankenhauses, aufgrund der oftmals geäußerten Kritik der Patienten bezüglich Reinigungs- und Küchendiensten, trotz guter Basisleistungen des Krankenhauses. Im Gegensatz dazu ergeben die Patientenbefragungen oftmalig eine hohe Zufriedenheit mit den medizinischen Leistungen. Somit zeigt der dadurch enthaltende Widerspruch, dass für die Gesamtbeurteilung die existentiellen Basisleistungen weniger relevant sind als die weniger existentiellen Leistungen, die der Patient leichter beurteilen kann. Infolgedessen ist der Informationsgewinn durch Patientenbefragungen für das Krankenhaus umso größer, je detaillierter und differenzierter der Patient nach seinem persönlichen Erleben gefragt wird und nicht nach Leistungseinschätzungen (Sicksch, 2013, S. 20).

Des Weiteren ist zu berücksichtigen, dass durch hohe oder niedrige Zufriedenheitswerte eines Krankenhauses nicht direkt auf die medizinische Behandlungsqualität geschlossen werden kann. Die Zufriedenheitswerte weisen eher darauf hin, dass es einigen Krankenhäusern besser als anderen gelingt, Leistungen zur Verfügung zu stellen, die sich für Patienten als relevant und beurteilbar darstellen (Hoefert & Härter, 2010, S. 25).

Überdies ist zu erwähnen, dass der verwendete Fragebogen im Krankenhaus keine Geschlechtsabfrage beinhaltet. Die Angabe des Geschlechts ermöglicht neben einer genaueren Beschreibung der untersuchten Stichprobe, eine „geschlechtsblinde“ Datenauswertung zu verhindern. Durch eine Datenauswertung, ohne Differenzierung in weiblich und männlich, könnten geschlechtsspezifische Benachteiligungen ignoriert oder sogar verleugnet werden (Döring, 2013, S. 95). Aufgrund dessen, dass der verwendete Fragebogen das Geschlecht nicht einbezieht, können potenzielle Zusammenhänge zwischen Geschlecht und Zufriedenheit nicht erkannt

werden. Demnach ist es zu empfehlen, bei einer nächsten Überarbeitung des Fragebogens, das Patientenmerkmal Geschlecht zu ergänzen.

Zudem kann sich der Erhebungszeitpunkt der Befragung, ob die Patientenbefragung während dem Krankenhausaufenthalt oder als poststationäre Erhebung, nach der Entlassung, durchgeführt wird, ebenfalls auf das Antwortverhalten auswirken. Aufgrund dessen, dass bei einer Befragung im Krankenhaus die Patienten sich nicht frei fühlen könnten und ihre Antworten dadurch in Richtung der sozialen Erwünschtheit tendieren würden, könnte eine Befragung nach der Entlassung in Betracht gezogen werden. Als Nachteil würde sich hierbei jedoch die eingeschränkte Kontrollierbarkeit und das fehlende Angebot auf potenzielle Nachfragen direkt reagieren zu können, herausstellen. Zudem wird empfohlen, dass stationäre Patienten eine Befragung erst nach 48 Stunden Krankenhausaufenthalt durchführen, da kürzere Krankenhausaufenthalte nicht mit denselben Erfahrungen verbunden sind (Bleich, 2010, S. 278f.). Da die Patientenbefragung im Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift während des Krankenhausaufenthaltes durchgeführt wird und keine Differenzierung nach der Aufenthaltsdauer der Patienten erfolgt, stellt sich hier die Frage, ob es zu anderen Ergebnissen kommen würde, wenn eine Differenzierung der Aufenthaltsdauer vorgenommen werden würde oder die Befragung als poststationäre Befragung umgewandelt werden würde. Dennoch wird sich, durch die Versicherung der Anonymität und dem eigenständigen Ausfüllen, ohne Beobachtung des Personals, darum bemüht, eine mögliche Beeinflussung der Patienten so gering wie möglich zu halten.

Bei den nach der Befragung entwickelten Maßnahmen gilt es zu beachten, dass die Maßnahmen zur Herstellung von Patientenzufriedenheit, sich nicht primär und ausschließlich an den Kriterien, die dem subjektiven Empfinden der Patienten entsprechen, orientieren können. Schließlich ist eine qualitativ hochwertige Versorgung der Patienten, die eine hohe Ergebnisqualität umschließt, Patientenrechte berücksichtigt und Patientensicherheit gewährt, die oberste Aufgabe des Krankenhauses (Hellmann, 2017, S. 123).

Im Rahmen der Zufriedenheitsmessung werden die Gütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität den Besonderheiten quantitativer Forschungsmethoden nicht gerecht. Trotz dessen wird versucht die ermittelten Ergebnisse hinsichtlich ihrer

Güte zu überprüfen. Durch den Einsatz standardisierter Fragebögen erhalten alle Befragungsteilnehmer Fragen, die identisch formuliert sind, wodurch die Durchführungsobjektivität sichergestellt wird. Die Dokumentation und Erläuterung der Datenerfassung und der angewandten statistischen Verfahren gewährleisten die Auswertungsobjektivität (Krebs & Menold, 2019, S. 491). Allerdings ist hier zu erwähnen, dass die Kategorienbildung der Bewertungen in „zufrieden“ und „unzufrieden“, der subjektiven Einschätzung unterliegen. Da die Patienten bei der Beantwortung ihre Meinungen abgeben und sich diese auch verändern, fällt es schwer das Gütekriterium Reliabilität zu erfüllen. Zusätzlich können Störfaktoren, wie beispielsweise die soziale Erwünschtheit ihre Einschätzungen ebenfalls verzerren. Zudem wurde keine Wiederholbarkeit der gewonnen Ergebnisse durchgeführt. Darüber hinaus stellen die gewonnen Ergebnisse, die Validität nicht sicher, da nicht nachgewiesen wird, inwieweit das Messinstrument, den zu untersuchenden Aspekt auch tatsächlich misst (ebd., S. 496). Auf die Untersuchung angewendet, bleibt hier unklar, inwieweit der verwendete Fragebogen auch tatsächlich die Patientenzufriedenheit misst.

6.2 Diskussion der Ergebnisse

Die Befragung hat ermöglicht herauszufinden, inwiefern die Patienten hinsichtlich einzelner Aspekte ihres Krankenhausaufenthaltes zufrieden oder unzufrieden sind.

Durch die Ermittlung der Patientenzufriedenheit hat sich herausstellen lassen, dass die Patienten im Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift überwiegend hohe Zufriedenheitswerte aufweisen. Dennoch haben sich einige Bereiche erkennen lassen, in denen Schwachstellen vorliegen und ein Verbesserungsbedarf herrscht, wie zum Beispiel die Qualität der Speisenversorgung oder die Wartezeit in der Notaufnahme.

Der Fragebogen wurde von den 148 Patienten überwiegend vollständig beantwortet. Eine auffällig geringe Rücklaufquote bildet die Frage in Bezug auf die Wartezeit in der Notaufnahme mit 58,1 Prozent und die Angabe der Fachabteilung mit 20,9 Prozent. Die fehlenden Angaben bezüglich der Wartezeit in der Notaufnahme können sich darauf zurückführen lassen, dass nicht alle Patienten ihren Erstkontakt mit dem Krankenhaus in der Notaufnahme haben. Die Angabe der Aufnahme bestätigt

dies, da demzufolge lediglich 32 Patienten (21,6%) einen Notfallpatienten in der Zentralen Notaufnahme dargestellt haben.

Ein Erklärungsansatz für die geringe Anzahl der Angabe der Fachabteilung, könnte die neue Version des Fragebogens sein. Durch die Einführung des neuen, überarbeiteten Fragebogens ist es zu einem Vermischen von alten und neuen Fragebögen gekommen. Da die bereits auf den Stationen ausgeteilten alten Fragebögen nicht vernichtet wurden, kann es sein, dass die meisten Patienten noch den alten Fragebogen ausgefüllt haben und somit nicht die Möglichkeit hatten, eine Angabe bezüglich der Fachabteilung zu tätigen, da dieser die Angabe nicht beinhaltet.

Darüber hinaus können durch die Angabe der Stationen im Fragebogen, Stationsvergleiche gezogen werden und mögliche Auffälligkeiten innerhalb einzelner Stationen identifiziert werden. In der durchgeführten Patientenbefragung fällt jedoch auf, dass die Teilnahme innerhalb der Stationen mit einer Spannweite von 54 Patienten stark variiert. Mögliche Gründe könnten hierfür mangelndes Interesse an der Befragung sowohl seitens der Patienten als auch der Pflegekräfte sein. Incentives können eine Möglichkeit bieten, die Motivation hinsichtlich der Teilnahme an der Befragung, zu erhöhen. Hiernach kann die Rücklaufquote durch Gutscheine oder andere monetäre Anreize, die die Befragungsteilnehmer im Anschluss erhalten würden, um mehr als zehn Prozent erhöht werden (Hlawatsch & Krickl, 2019, S. 362). Übertragen auf das Krankenhaus wäre ein Cafeteria-Gutschein oder die Mitgabe eines Kugelschreibers, nach Teilnahme an der Befragung, eine Option die Teilnahmebereitschaft zu fördern. Zusätzlich sollte durch regelmäßiges Erinnern der Pflegekräfte auf den Stationen, bezüglich der Möglichkeit der Durchführung einer Patientenbefragung, die Teilnahmebereitschaft ebenfalls gefördert werden. Da bislang keine Einführung von Incentives stattgefunden hat, könnte den Ergebnissen nach schlussgefolgert werden, dass einige Stationen, wie zum Beispiel die Station 3 oder Station 14 engagiertere Pflegekräfte hinsichtlich der Patientenbefragung haben und versuchen die Patienten zur Teilnahme anzuregen als andere Stationen.

Betrachtet man das Alter der Patienten genauer, fällt auf, dass mehr ältere Patienten an der Befragung teilgenommen haben, da die Hälfte der Teilnehmer 62 Jahre oder älter sind und das Durchschnittsalter bei 58,7 Jahren liegt. Als Rückschluss könnte daraus gezogen werden, dass das Patientenkollektiv im Krankenhaus

Reinbek St. Adolf-Stift überwiegend ältere Patienten umfasst oder die Teilnahmebereitschaft der älteren Patienten höher als die der jüngeren ist.

Die Beziehung, worunter die Interaktion, die Kommunikation und Information zu den betreuenden Pflegekräften und den behandelten Ärzten gemeint ist, stellt für die Patientenzufriedenheit im Krankenhaus einen entscheidenden Aspekt dar. Der Picker Studie zufolge, in der 111.835 Patienten, in einem Zeitraum von drei Jahren, aus knapp 200 Krankenhäusern teilgenommen haben, sind dies die zentralen Aspekte, die ursächlich für die Gesamtzufriedenheit der Patienten sind. Demnach machen Kommunikation, Respekt, Empathie und Information 61 Prozent an der Gesamtzufriedenheit aus und sind bedeutungsvoller als die Speisenversorgung oder die Zimmeratmosphäre (Fischer, 2015, S. 10). Demzufolge ist es von Vorteil, dass die Betreuung durch das Pflegepersonal und der Umgang der Patienten als Menschen im Krankenhaus mitunter die höchste Zufriedenheit aufweisen.

Zudem gilt es zu beachten, dass das schlechteste Ergebnis, mit einer Durchschnittsnote von 2,64 trotzdem immer noch im guten Bereich liegt. Dies verdeutlicht, dass das Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift eine hohe Zufriedenheit der Patienten mit ihrem Krankenhausaufenthalt aufweist.

7. Fazit

In Krankenhäusern steht der Patient im Mittelpunkt aller Handlungen. Durch den Wettbewerb zwischen Krankenhäusern und den hohen Anforderungen der Patienten in Bezug auf ihre Krankenhausauswahl ist das Anstreben einer hohen Patientenzufriedenheit für den langfristigen Erhalt eines Krankenhauses erforderlich. Der dadurch resultierende Ruf des Krankenhauses beeinflusst die Patientenbindung und Patientenrekrutierung und trägt somit je nach Zufriedenheit vorteilhaft oder nachteilig zur wirtschaftlichen Situation des Krankenhauses bei.

Die Patientenwahrnehmung von Qualität wird subjektiv bewertet, weswegen die Merkmale und Einstellungen von Leistungen je nach Patienten verschieden zur Gesamtzufriedenheit beisteuern. Auf Grund dessen ist im Gegensatz zur tatsächlichen Übereinstimmung mit der objektiven Realität, lediglich die Sichtweise des Patienten

entscheidend. Eine Zufriedenheit geht mit der Erfüllung der Patientenerwartungen einher.

Patientenbefragungen ermöglichen die erbrachten Leistungen auch aus der Perspektive der Patienten zu beleuchten, die Belange der Patienten aufmerksamer wahrzunehmen und herauszufinden, inwieweit die Krankenhäuser ihre Leistungen patientenorientiert erbringen.

Da die Patientenbefragungen die Versorgungsqualität abbilden und diese dann im Weiteren zur Ermittlung von Qualitätsdefiziten und anschließenden Entwicklung von Verbesserungen verwendet werden, leisten sie zu dem einen Beitrag zur Qualitätssicherung. Diesbezüglich sind die subjektiven Erfahrungen der Patienten, trotz in der Regel fehlendem medizinisch fundiertem Wissen, eine wichtige Informationsquelle, die bedeutende Hinweise der gegenwärtigen Versorgungssituation aufzeigt.

Im Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift sind wiederkehrende Befragungen bereits implementiert und in den Krankenhausalltag integriert. Sie ermöglichen der Einrichtung neben der Qualitätssicherung, die Ergebnisse fortlaufend für den kontinuierlichen Verbesserungsprozess zu verwenden. Aufgrund dessen, dass durch die gewonnenen Ergebnisse im Sinne des Qualitätsmanagements Maßnahmen entwickelt und abgeleitet werden können, sind Patientenbefragungen für das Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift von Nutzen.

Die in dieser Arbeit durchgeführte Ermittlung der Zufriedenheit der Patienten mit ihrem Krankenhausaufenthalt im Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift zeigt, dass die Patienten mit ihrem Aufenthalt zufrieden bis sehr zufrieden sind, da die Ergebnisse durchweg positiv sind. Das Krankenhaus wird somit von den Patienten als ein sehr gutes Krankenhaus wahrgenommen und an Freunde und Bekannte weiterempfohlen. Dennoch konnten Schwachstellen identifiziert werden für die Maßnahmen zur Verbesserung vorgeschlagen wurden.

In Anbetracht des eingesetzten Fragebogens und dem bereits vorhandenen Meinungsbogen, welcher eine weitere Möglichkeit der Rückmeldung anbietet, könnten einige Ergänzungen und Verfeinerungen durchgeführt werden. Durch detailliertere Informationsabfragen und dem Hinzufügen weiterer anthropogener Merkmale könnte ein höherer Informationsgewinn erzielt werden. Dies würde anschließend ein

präziseres Ansetzen an Schwachstellen ermöglichen und dadurch bestenfalls eine höhere Patientenzufriedenheit bezwecken.

Literaturverzeichnis

aerzteblatt. (2017). QM-Ratgeber: Patientenbefragungen - Qualität aus Patientenperspektive. Abgerufen am 7. August 2020 von https://www.aerzteblatt.de/archiv/194435/QM-Ratgeber-Patientenbefragungen-Qualitaet-aus-Patientenperspektive

aerzteblatt. (2018). Patientenbefragungen werden wichtiger. Abgerufen am 24. Juni 2020 von https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/87192/Patientenbefragungen-werden-wichtiger

Behar, B. I., Guth, C., & Salfeld, R. (2016). *Modernes Krankenhausmanagement. Konzepte und Lösungen* (Bd. 3). Berlin Heidelberg: Springer Gabler.

Bernhofer, A., Walcher, I., Lehenauer, K., & Leyerer, S. (2019). Vertrauenssicherung in die Gesundheitsversorgung durch Prozess- und Qualitätsmanagement in Krankenhäusern. In J. Stierle, H. Siller, M. Fiedler, & S. Ortner, *Handbuch Strategisches Krankenhausmanagement* (S. 615-632). Wiesbaden: Springer Gabler.

Beyer-Reiners, E. (2013). Ernährungsmanagement in Krankenhäusern. Neue Denkanstöße für die Positionierung von Diätassistenten. *Fokus Ernährungsmanagement*, S. 8-13.

Bleich, C. (2010). Patientenzufriedenheit: Konzepte, Methoden und Problembereiche. In H.-W. Hoefert, & M. Härter, *Patientenorientierung im Krankenhaus* (S. 275-285). Göttingen: Hogrefe.

Böcken, J., & Wehling, H. (2018). Spotlight Gesundheit - Krankenhausqualität aus Patientensicht. Große regionale Unterschiede in der Patientenzufriedenheit. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

Böhm, U. (2019). Motivation und Adhärenz verstehen. In A. Weimann, T. Schütz, S. Ohlrich-Hahn, M. Fedders, & G. Grünewald, *Ernährungsmedizin Ernährungsmanagement Ernährungstherapie. Interdisziplinärer Praxisleitfaden für die klinische Ernährung* (Bd. 2, S. 365-369). Landsberg am Lech: ecomed MEDIZIN.

Brachmann, M. (2011). Prozessoptimierung durch Point-of-Care-Testung. In W. v. Eiff, C. Dodt, M. Brachmann, C. Niehues, & T. Fleischmann, *Management der Notaufnahme. Patientenorientierung und optimale Ressourcennutzung als strategischer Erfolgsfaktor* (S. 321-326). Stuttgart: Kohlhammer.

Bundesministerium für Gesundheit. (2020). Qualitätssicherung im Krankenhausbereich. Abgerufen am 23. Juni 2020 von https://www.bundesgesundheitsministerium.de/qualitaet-krankenhausversorgung.html

Carbonell, R. (2016). Anforderungen an ein modernes Beschwerdemanagement im Gesundheitswesen. In C. Kranich, & K. D. Vitt, *Das Gesundheitswesen am Patienten orientieren. Qualitätsmessungen und Beschwerdemanagement als Gradmesser für ein patientenfreundliches Gesundheitssystem. Acht europäische Länder im Vergleich* (Bd. 2, S. 110-120). Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

Coulter, A. (2016). Die Rolle von Patienten in der Bewertung der Behandlungsqualität in Krankenhäusern. In C. Kranich, & K. D. Vitt, *Das Gesundheitswesen am Patienten orientieren. Qualitätstransparenz und Beschwerdemanagement als Gradmesser für ein patientenfreundliches Gesundheitssystem. Acht europäische Länder im Vergleich* (Bd. 2, S. 62-78). Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

Dodt, C. (2011). Die medizinische Perspektive. Im Mittelpunkt steht der Mensch - Aufgaben der Prozesssteuerung in einer Zentralen Notaufnahme. In W. v. Eiff, C. Dodt, M. Brachmann, C. Niehues, & T. Fleischmann, *Management der Notaufnahme. Patientenorientierung und optimale Ressourcennutzung als strategischer Erfolgsfaktor* (S. 13-18). Stuttgart: Kohlhammer.

Döring, N. (2013). Zur Operationalisierung von Geschlecht im Fragebogen: Probleme und Lösungsansätze aus Sicht von Mess-, Umfrage-, Gender- und Queer-Theorie. *Gender*, S. 94-113.

Dumont, M., & Schüller, A. M. (2016). Mit einer Analyse fängt es an. In M. Dumont, & A. M. Schüller, *Die erfolgreiche Arztpraxis. Patientenorientierung, Mitarbeiterführung, Marketing* (Bd. 5, S. 3-18). Berlin Heidelberg: Springer.

Dumont, M., & Schüller, A. M. (2016). Wie eine Arztpraxis werben kann. In M. Dumont, & A. M. Schüller, *Die erfolgreiche Arztpraxis. Patientenorientierung, Mitarbeiterführung, Marketing* (Bd. 5, S. 57-86). Berlin Heidelberg: Springer.

Dumont, M., & Schüller, A. M. (2016). Wie Sie patientenorientiert kommunizieren. In M. Dumont, & A. M. Schüller, *Die erfolgreiche Arztpraxis. Patientenorientierung, Mitarbeiterführung, Marketing* (Bd. 5, S. 87-109). Berlin Heidelberg: Springer.

Eiff, W. v. (2011). Die Perspektive der Krankenhausführung. Management an der Schnittstelle von Medizin und Ökonomie. In W. v. Eiff, C. Dodt, M. Brachmann, C. Niehues, & T. Fleischmann, *Management der Notaufnahme. Patientenorientierung und optimale Ressourcennutzung als strategischer Erfolgsfaktor* (S. 19-25). Stuttgart: Kohlhammer.

Eiff, W. v. (2012). Speisenversorgung im Krankenhaus: Marketing- und Kosteneffekte durch Prozess- und Qualitätsmanagement. *Ernährungsumschau. Special. Forschung & Praxis*, S. 2-12.

Eiff, W. v. (2013). Vorwort des Herausgebers. In W. v. Eiff, *Speisenmanagement in der Sozialverpflegung. Qualitäts-, Wirtschaftlichkeits- und Marketingaspekte der Verpflegung in Krankenhäusern, Reha-Kliniken und Pflegeheimen* (S. 5-6). Bad Wörishofen: Holzmann Medien.

Eiff, W. v., Dodt, C., Balhorn, S., & Niehues, C. (2011). Eigene Aufnahmestation in der ZNA. Hebel zur Qualitätsverbesserung und Effizienzsteigerung in der Notfallversorgung. In W. v. Eiff, C. Dodt, M. Brachmann, C. Niehues, & T. Fleischmann, *Management der Notaufnahme. Patientenorientierung und optimale Ressourcennutzung als strategischer Erfolgsfaktor* (S. 237-249). Stuttgart: Kohlhammer.

Euteneier, A. (2015). Befragungen. In A. Euteneier, *Handbuch Klinisches Risikomanagement. Grundlagen, Konzepte, Lösungen - medizinisch, ökonomisch, juristisch* (S. 586-592). Berlin Heidelberg: Springer.

Fiedler, M., Siller, H., & Stierle, J. (2019). Einleitung: Das Krankenhaus als besonderer Dienstleister. In J. Stierle, H. Siller, M. Fiedler, & S. Ortner,

Handbuch Strategisches Krankenhausmanagement (S. 1-14). Wiesbaden: Springer Gabler.

Fink, B. (2019). Patient. Abgerufen am 1. Juli 2020 von https://flexikon.doccheck.com/de/Patient

Fischer, A. (2015). Serviceorientierung im Krankenhaus. In A. Fischer, *Servicequalität und Patientenzufriedenheit im Krankenhaus. Konzepte, Methoden, Implementierung* (S. 3-16). Berlin: Medzinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Fleischmann, T., Amler, N., & Schöffski, O. (2014). Notaufnahme: Ökonomie und Psychologie des Wartens. Deutsches Ärzteblatt. Abgerufen am 20. Juli 2020 von https://www.aerzteblatt.de/archiv/162373/Notaufnahme-Oekonomie-und-Psychologie-des-Wartens

Gemeinsamer Bundesausschuss. (2020). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136 Abs. 1 SGB V i. V. m. §135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser. Abgerufen am 24. Juni 2020 von https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2163/QSKH-RL_2020-05-14_iK-2020-05-14.pdf

Gemeinsamer Bundesausschuss. (o.J.). Vorgaben zur Qualitätssicherung. Abgerufen am 23. Juni 2020 von https://www.g-ba.de/themen/qualitaetssicherung/vorgaben-zur-qualitaetssicherung/

Hellmann, W. (2017). *Kooperative Kundenorientierung im Krankenhaus. Ein wegweisendes Konzept zur Sicherung von mehr Qualität.* Stuttgart: W. Kohlhammer.

Hensen, P. (2018). Qualität und Qualitätsmessung in der Pflege - Theoretische Grundlagen und methodische Zugänge. In K. Jacobs, A. Kuhlmey, S. Greß, J. Klauber, & A. Schwinger, *Pflege-Report 2018. Qualität in der Pflege* (S. 3-14). Berlin: Springer .

Hensen, P. (2019). *Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen. Grundlagen für Studium und Praxis* (Bd. 2). Wiesbaden: Springer Gabler.

Hlawatsch, A., & Krickl, T. (2019). Einstellungen zu Befragungen. In N. Baur, & J. Blasius, *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (Bd. 2, S. 357-364). Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Hoefert, H.-W., & Härter, M. (2010). Einleitung: Patientenorientierung. In H.-W. Hoefert, & M. Härter, *Patientenorientierung im Krankenhaus* (S. 9-30). Göttingen: Hogrefe.

Hogan, B., Singh, M., & Rasche, C. (2011). Patientenzufriedenheit und Wartezeiten. In W. v. Eiff, C. Dodt, M. Brachmann, C. Niehues, & T. Fleischmann, *Management der Notaufnahme. Patientenorientierung und optimale Ressourcennutzung als strategischer Erfolgsfaktor* (S. 298-307). Stuttgart: Kohlhammer.

Huchler, U. (o.J.). MEDLINQ Softwaresysteme GmbH. Abgerufen am 6. Juli 2020 von https://social-software.de/medlinq-softwaresysteme-gmbh.html

Hüfner, A., & Dodt, C. (2011). Ausstattung einer Zentralen Notaufnahme. Mindestanforderungen an medizinische Ausstattung und IT-Infrastruktur. In W. v. Eiff, C. Dodt, M. Brachmann, C. Niehues, & T. Fleischmann, *Management der Notaufnahme. Patientenorientierung und optimale Ressourcennutzung als strategischer Erfolgsfaktor* (S. 250-274). Stuttgart: Kohlhammer.

Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift. (o.J.). Fakten über das Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift. Abgerufen am 6. Juli 2020 von https://www.krankenhaus-reinbek.de/ueber-das-krankenhaus/wer-wir-sind

Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift. (o.J.). Kochverfahren und Organisation der Küche im Untergeschoss. Abgerufen am 13. Juli 2020 von https://www.krankenhaus-reinbek.de/ueber-das-krankenhaus/wer-wir-sind/kueche

Krebs, D., & Menold, N. (2019). Gütekriterien quantitativer Sozialforschung. In N. Baur, & J. Blasius, *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (Bd. 2, S. 489-504). Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Kuntsche, P., & Börchers, K. (2017). *Qualitäts- und Risikomanagement im Gesundheitswesen. Basis- und integrierte Systeme,*

Managementsystemübersichten und praktische Umsetzung. Berlin: Springer Gabler.

Niehoff, J. (o.J.). MEDLINQ - Befragung. Abgerufen am 6. Juli 2020 von https://www.medlinq.com/befragung.html

Nürnberg, V., & Schneider, B. (2014). *Kundenmanagement im Krankenhaus. Service - Qualität - Erreichbarkeit.* Wiesbaden: Springer Gabler.

Ohlrich-Hahn, S., & Beyer-Reiners, E. (2019). Ernährungsmanagement im Krankenhaus. In A. Weimann, T. Schütz, S. Ohlrich-Hahn, M. Fedders, & G. Grünewald, *Ernährungsmedizin Ernährungsmanagement Ernährungstherapie. Interdisziplinärer Praxisleitfaden für die klinische Ernährung* (Bd. 2, S. 319-328). Landsberg am Lech: ecomed MEDIZIN.

Radiometer GmbH. (2012). Point-of-Care-Testing: Patientenversorgung verbessert, Kosten reduziert. Willich: Management & Krankenhaus. Zeitung für Entscheider im Gesundheitswesen. Abgerufen am 25. Juli 2020 von https://www.management-krankenhaus.de/topstories/labor-diagnostik/point-care-testing-patientenversorgung-verbessert-kosten-reduziert

Sänger, S. (2010). Patientenorierntiertes Qualitätsmanagement. In H.-W. Hoefert, & M. Härter, *Patientenorientierung im Krankenhaus* (S. 51-77). Göttingen: Hogrefe.

Sicksch, M. (2013). *Ganzheitliche Steuerung im Gesundheitswesen durch Qualitätsmanagement. Anforderungen an das Qualitätsmanagement.* München: AVM - Akademische Verlagsgemeinschaft.

Töpfer, A. (2017). Konzeption und Messung der Zufriedenheit von Adressaten der Klinikleistung. In D. M. Albrecht, & A. Töpfer, *Handbuch Changemanagement im Krankenhaus. 20-Punkte Sofortprogramm für Kliniken* (Bd. 2, S. 299-317). Berlin: Springer.

Anhang

Anhang 1: Patientenfragebogen 58

Anhang 2: Auswertung der Patientenbefragung 60

Anhang 2.1: Wie beurteilen Sie aktuell Ihr Behandlungsergebnis? 60

Anhang 2.2: Wie gut haben Sie sich jederzeit über Ihre Behandlung informiert gefühlt? 61

Anhang 2.3: Wie empfanden Sie die medizinische Betreuung durch die Ärzte?62

Anhang 2.4: Wie zufrieden waren Sie mit der Schmerzbehandlung? 63

Anhang 2.5: Wie empfanden Sie die Betreuung durch das Pflegepersonal? 64

Anhang 2.6: Wie beurteilen Sie die ärztlich-pflegerische Zusammenarbeit? 65

Anhang 2.7: Wie empfanden Sie die Organisation der Aufnahme? 66

Anhang 2.8: Wie beurteilen Sie die Wartezeit in der Notaufnahme? 67

Anhang 2.9: Wie empfanden Sie die Unterbringung und Ausstattung? 68

Anhang 2.10: Wie beurteilen Sie die Hygiene und Sauberkeit? 69

Anhang 2.11: Wie beurteilen Sie die Qualität der Speisenversorgung? 70

Anhang 2.12: Wurden Sie ausführlich und zeitgerecht zur Entlassung informiert? 71

Anhang 2.13: Wie beurteilen Sie den Umgang mit Ihrer persönlichen Sicherheit? 72

Anhang 2.14: Wie wurde auf Ihre persönlichen Bedürfnisse eingegangen? 73

Anhang 2.15: Wie fühlten Sie sich in unserer Klinik als Mensch verstanden? .. 74

Anhang 2.16: Gesamtauswertung – Überblick 75

Anhang 3: Meinungsbogen 76

Anhang 1: Patientenfragebogen

Patientenfragebogen

Ihre Meinung ist uns wichtig!

KRANKENHAUS REINBEK
ST. ADOLF-STIFT

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir wollen Sie nicht nur medizinisch auf hohem Niveau und nach neuesten Erkenntnissen behandeln, sondern auch Ihrer ganz persönlichen Situation gerecht werden. **Sie sollen sich bei uns wohlfühlen!**

Um diesen Anspruch zu erfüllen und um uns kontinuierlich zu verbessern, ist uns Ihre Meinung sehr wichtig.

Wir bitten Sie daher den **rückseitigen Fragebogen** auszufüllen und beim Pflegepersonal abzugeben oder in einen der Meinungs-Briefkästen in der Nähe der Stationszimmer oder am Haupteingang des Krankenhauses zu werfen. Die Auswertung erfolgt selbstverständlich anonym.

Vielen Dank im Voraus.

Ihr Team des Krankenhauses Reinbek St. Adolf-Stift

Patientenfragebogen

Krankenhaus Reinbek
St. Adolf-Stift
Beste Medizin. Ganz nah.

- ☐ Ich bin geplant in die Klinik gekommen
- ☐ Ich wurde stationär behandelt
- ☐ Ich wurde ambulant behandelt

Mein Alter ☐☐☐ Ausfüllidatum ☐☐☐☐☐☐

	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft	ungenügend	trifft nicht zu
1. Ärztliche und pflegerische Versorgung							
a. Wie beurteilen Sie aktuell Ihr Behandlungsergebnis?	1	2	3	4	5	6	☐
b. Wie gut haben Sie sich jederzeit über Ihre Behandlung informiert gefühlt?	1	2	3	4	5	6	☐
c. Wie empfanden Sie die medizinische Betreuung durch die Ärzte?	1	2	3	4	5	6	☐
d. Wie zufrieden waren Sie mit der Schmerzbehandlung?	1	2	3	4	5	6	☐
e. Wie empfanden Sie die Betreuung durch das Pflegepersonal?	1	2	3	4	5	6	☐
f. Wie beurteilen Sie die ärztlich-pflegerische Zusammenarbeit?	1	2	3	4	5	6	☐
2. Organisation und Service							
a. Wie empfanden Sie die Organisation der Aufnahme?	1	2	3	4	5	6	☐
b. Wie beurteilen Sie die Wartezeit in der Notaufnahme?	1	2	3	4	5	6	☐
c. Wie empfanden Sie die Unterbringung und Ausstattung?	1	2	3	4	5	6	☐
d. Wie beurteilen Sie die Hygiene und Sauberkeit?	1	2	3	4	5	6	☐
e. Wie beurteilen Sie die Qualität der Speisenversorgung?	1	2	3	4	5	6	☐
f. Wurden Sie ausführlich und zeitgerecht zur Entlassung informiert?	1	2	3	4	5	6	☐
3. Vertrauen und Sicherheit							
a. Wie beurteilen Sie den Umgang mit Ihrer persönlichen Sicherheit?	1	2	3	4	5	6	☐
b. Wie wurde auf Ihre persönlichen Bedürfnisse eingegangen?	1	2	3	4	5	6	☐
c. Wie fühlten Sie sich in unserer Klinik als Mensch verstanden?	1	2	3	4	5	6	☐
d. Würden Sie sich in unserer Klinik wieder behandeln lassen?	☐ Ja		☐ Nein				
e. Würden Sie unsere Klinik Ihren Freunden und Bekannten weiterempfehlen?	☐ Ja		☐ Nein				

4. Wo wurden Sie genau behandelt? (Hier bitte nur 1 Kreuz)

☐ Station 2	☐ Station 5a	☐ Station 8a	☐ Station 11	☐ Intensivstation
☐ Station 3a	☐ Station 5b	☐ Station 8b	☐ Station 12	☐ Herzkatheterlabor
☐ Station 3b	☐ Station 6a	☐ Station 9a	☐ Station 14	☐ Endoskopie
☐ Station 4	☐ Station 6b	☐ Station 9b		☐ Röntgen
	☐ Station 7	☐ Station 10	☐ Zentrale Notaufnahme (ZNA)	☐ Ambulanter OP

5. Fachrichtungen (Hier bitte nur 1 Kreuz)

☐ Allgemeinchirurgie und Bauchchirurgie	☐ Anästhesie	☐ Nephrologie / Dialyse
☐ Gefäßchirurgie	☐ Innere Medizin	☐ Schlaganfall-Einheit (Stroke Unit)
☐ Orthopädie / Unfallchirurgie	☐ Kardiologie	☐ Gynäkologie
☐ Urologie	☐ Onkologie und Palliativmedizin	☐ Geburtshilfe
	☐ Shuntzentrum	

MEDCLINQ

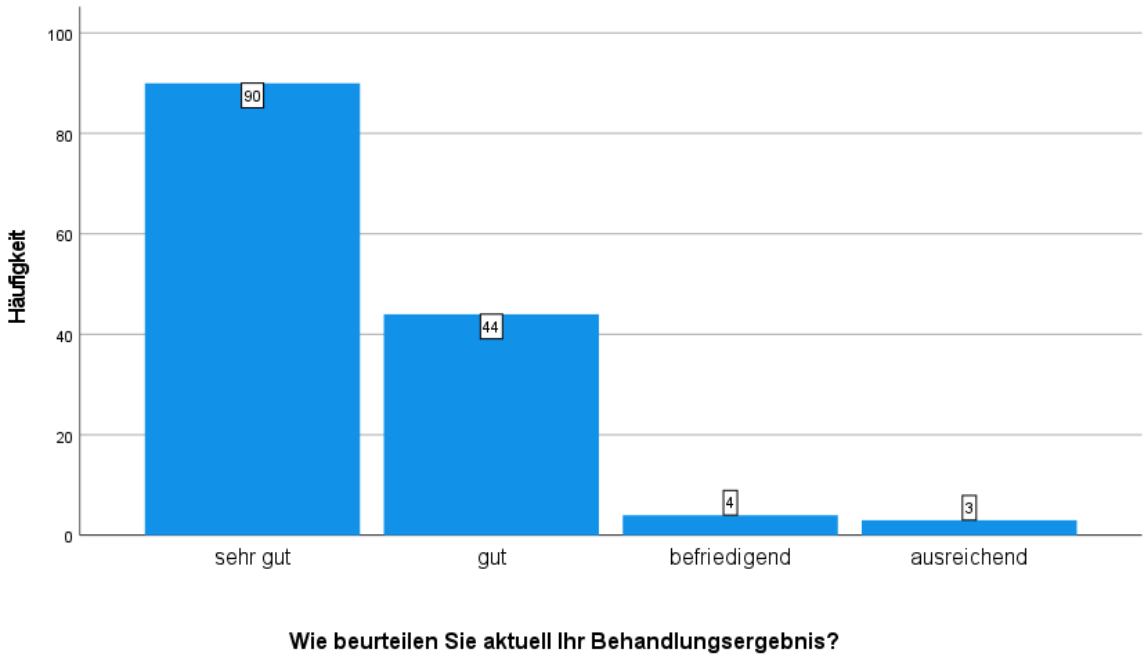
Quelle: Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift

Anhang 2: Auswertung der Patientenbefragung

Anhang 2.1: Wie beurteilen Sie aktuell Ihr Behandlungsergebnis?

Wie beurteilen Sie aktuell Ihr Behandlungsergebnis?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr gut	90	60,8	63,8	63,8
	gut	44	29,7	31,2	95,0
	befriedigend	4	2,7	2,8	97,9
	ausreichend	3	2,0	2,1	100,0
	Gesamt	141	95,3	100,0	
Fehlend	System	7	4,7		
Gesamt		148	100,0		

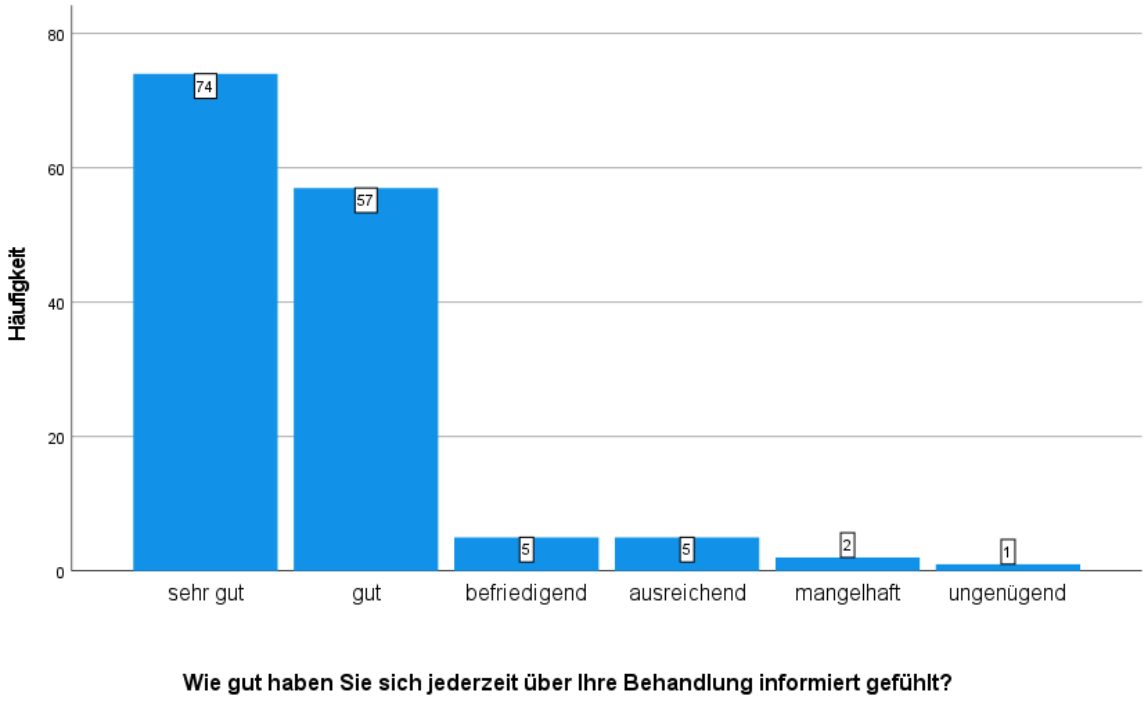


Quelle: Eigene Darstellung

Anhang 2.2: Wie gut haben Sie sich jederzeit über Ihre Behandlung informiert gefühlt?

Wie gut haben Sie sich jederzeit über Ihre Behandlung informiert gefühlt?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr gut	74	50,0	51,4	51,4
	gut	57	38,5	39,6	91,0
	befriedigend	5	3,4	3,5	94,4
	ausreichend	5	3,4	3,5	97,9
	mangelhaft	2	1,4	1,4	99,3
	ungenügend	1	,7	,7	100,0
	Gesamt	144	97,3	100,0	
Fehlend	System	4	2,7		
Gesamt		148	100,0		

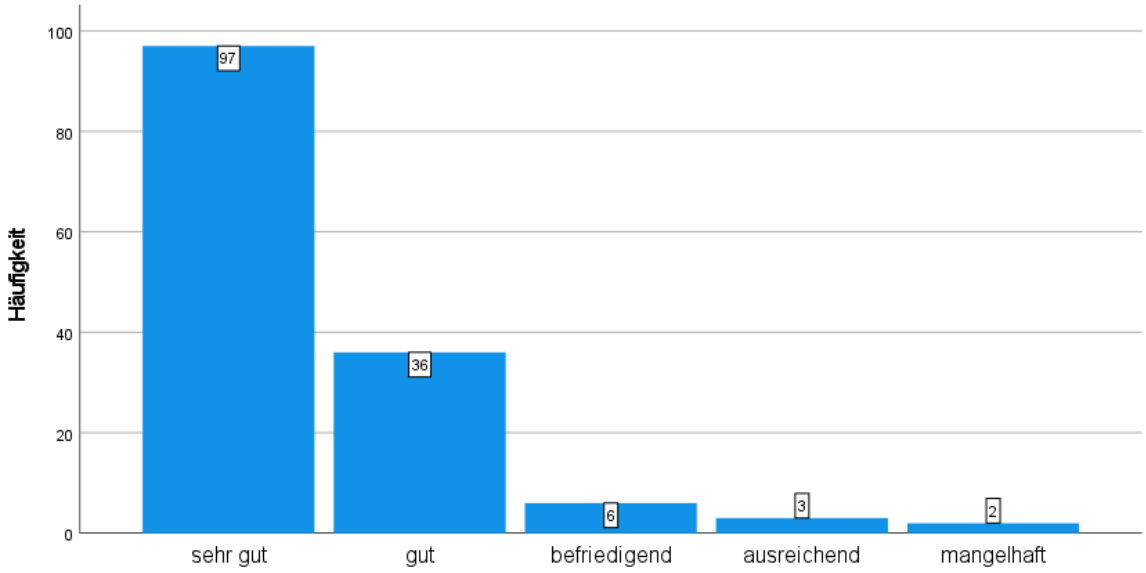


Quelle: Eigene Darstellung

Anhang 2.3: Wie empfanden Sie die medizinische Betreuung durch die Ärzte?

Wie empfanden Sie die medizinische Betreuung durch die Ärzte?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr gut	97	65,5	67,4	67,4
	gut	36	24,3	25,0	92,4
	befriedigend	6	4,1	4,2	96,5
	ausreichend	3	2,0	2,1	98,6
	mangelhaft	2	1,4	1,4	100,0
	Gesamt	144	97,3	100,0	
Fehlend	System	4	2,7		
Gesamt		148	100,0		



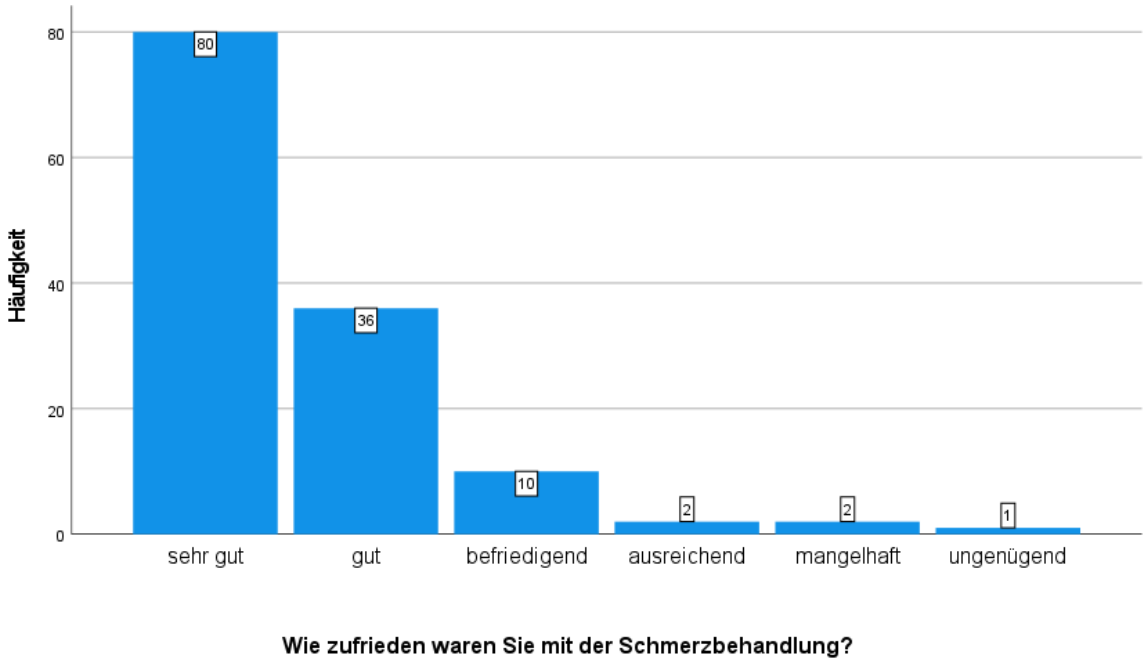
Wie empfanden Sie die medizinische Betreuung durch die Ärzte?

Quelle: Eigene Darstellung

Anhang 2.4: Wie zufrieden waren Sie mit der Schmerzbehandlung?

Wie zufrieden waren Sie mit der Schmerzbehandlung?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr gut	80	54,1	61,1	61,1
	gut	36	24,3	27,5	88,5
	befriedigend	10	6,8	7,6	96,2
	ausreichend	2	1,4	1,5	97,7
	mangelhaft	2	1,4	1,5	99,2
	ungenügend	1	,7	,8	100,0
	Gesamt	131	88,5	100,0	
Fehlend	System	17	11,5		
Gesamt		148	100,0		

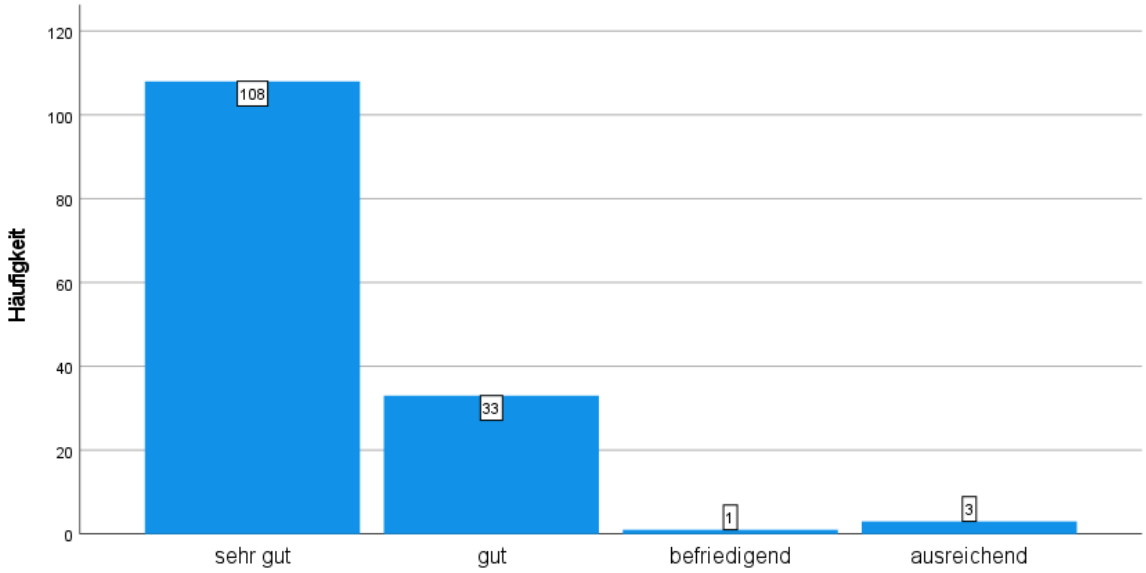


Quelle: Eigene Darstellung

Anhang 2.5: Wie empfanden Sie die Betreuung durch das Pflegepersonal?

Wie empfanden Sie die Betreuung durch das Pflegepersonal?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr gut	108	73,0	74,5	74,5
	gut	33	22,3	22,8	97,2
	befriedigend	1	,7	,7	97,9
	ausreichend	3	2,0	2,1	100,0
	Gesamt	145	98,0	100,0	
Fehlend	System	3	2,0		
Gesamt		148	100,0		



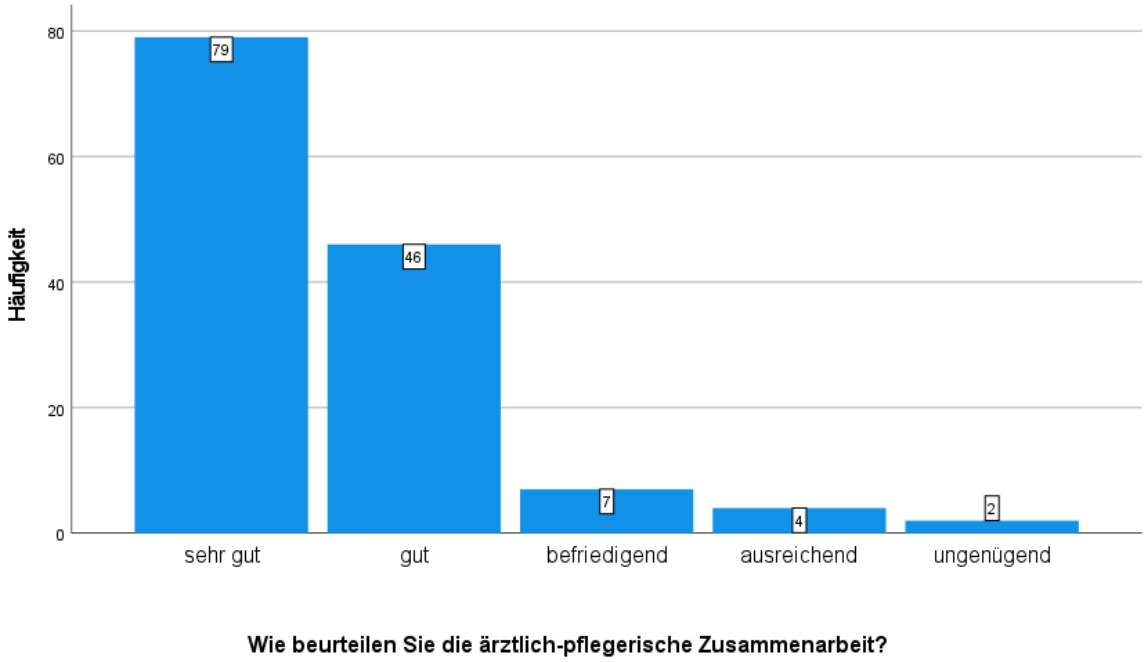
Wie empfanden Sie die Betreuung durch das Pflegepersonal?

Quelle: Eigene Darstellung

Anhang 2.6: Wie beurteilen Sie die ärztlich-pflegerische Zusammenarbeit?

Wie beurteilen Sie die ärztlich-pflegerische Zusammenarbeit?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr gut	79	53,4	57,2	57,2
	gut	46	31,1	33,3	90,6
	befriedigend	7	4,7	5,1	95,7
	ausreichend	4	2,7	2,9	98,6
	ungenügend	2	1,4	1,4	100,0
	Gesamt	138	93,2	100,0	
Fehlend	System	10	6,8		
Gesamt		148	100,0		

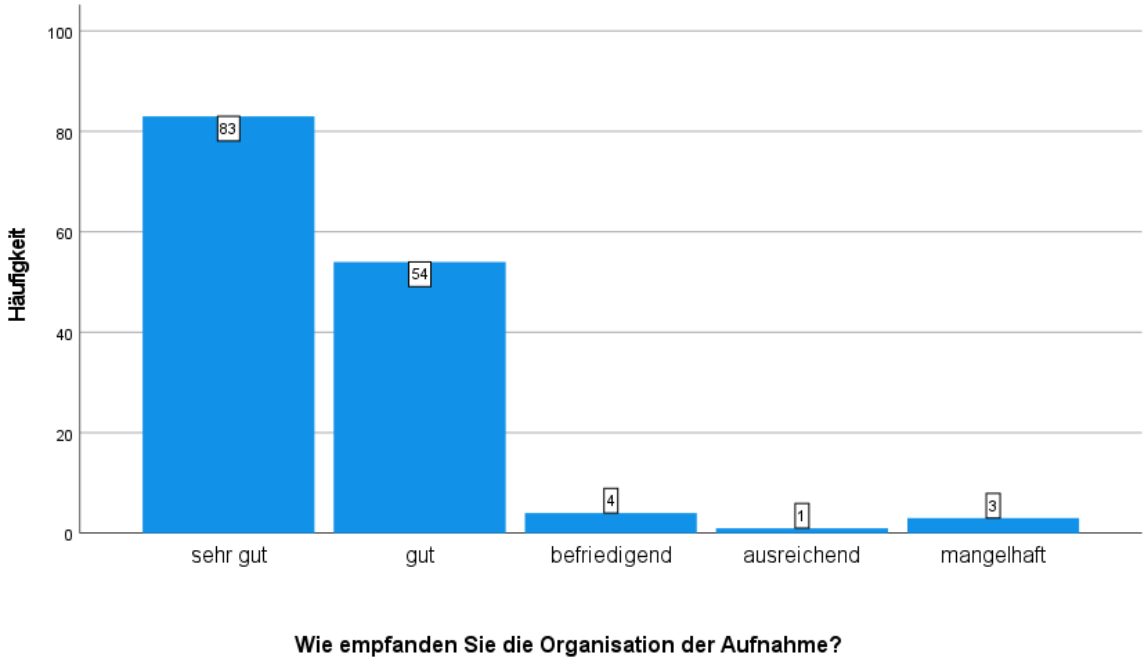


Quelle: Eigene Darstellung

Anhang 2.7: Wie empfanden Sie die Organisation der Aufnahme?

Wie empfanden Sie die Organisation der Aufnahme?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr gut	83	56,1	57,2	57,2
	gut	54	36,5	37,2	94,5
	befriedigend	4	2,7	2,8	97,2
	ausreichend	1	,7	,7	97,9
	mangelhaft	3	2,0	2,1	100,0
	Gesamt	145	98,0	100,0	
Fehlend	System	3	2,0		
Gesamt		148	100,0		

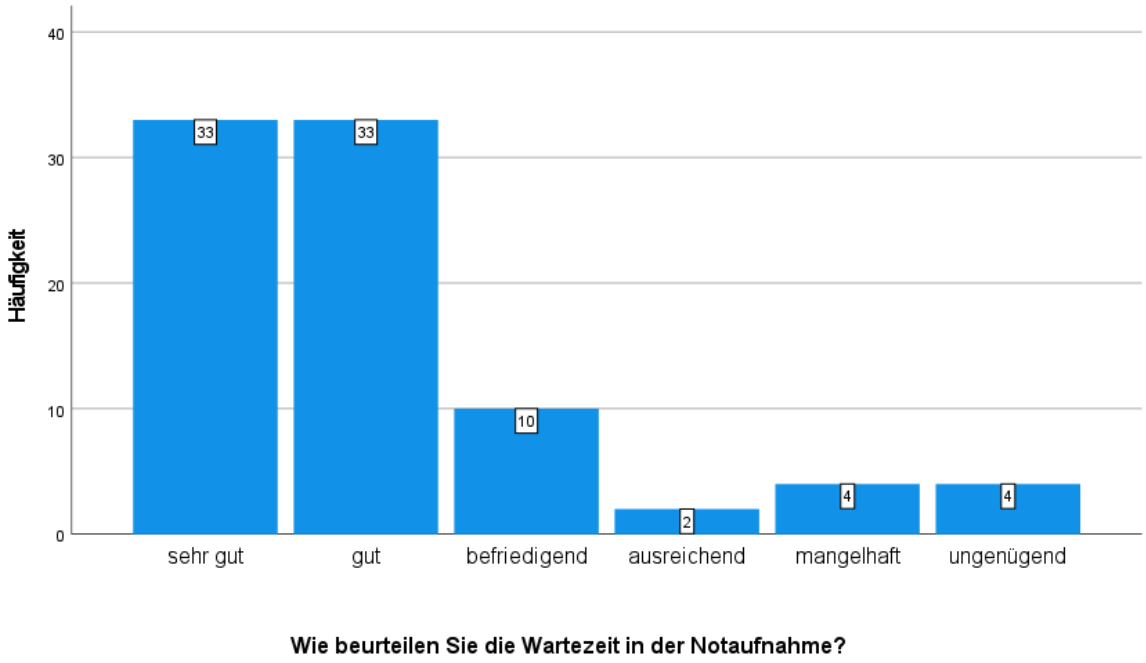


Quelle: Eigene Darstellung

Anhang 2.8: Wie beurteilen Sie die Wartezeit in der Notaufnahme?

Wie beurteilen Sie die Wartezeit in der Notaufnahme?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr gut	33	22,3	38,4	38,4
	gut	33	22,3	38,4	76,7
	befriedigend	10	6,8	11,6	88,4
	ausreichend	2	1,4	2,3	90,7
	mangelhaft	4	2,7	4,7	95,3
	ungenügend	4	2,7	4,7	100,0
	Gesamt	86	58,1	100,0	
Fehlend	System	62	41,9		
Gesamt		148	100,0		

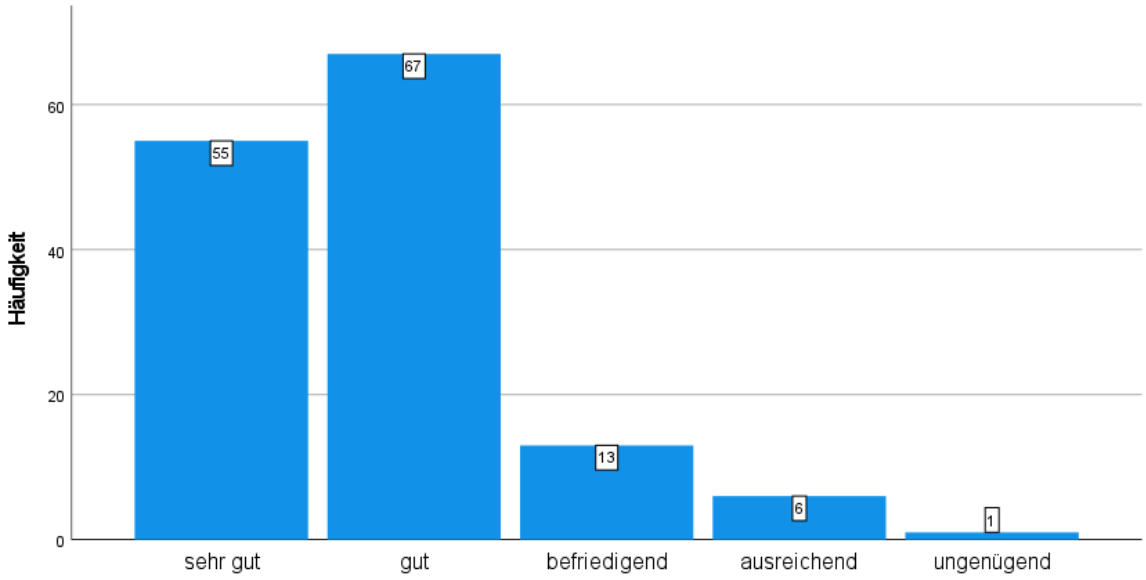


Quelle: Eigene Darstellung

Anhang 2.9: Wie empfanden Sie die Unterbringung und Ausstattung?

Wie empfanden Sie die Unterbringung und Ausstattung?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr gut	55	37,2	38,7	38,7
	gut	67	45,3	47,2	85,9
	befriedigend	13	8,8	9,2	95,1
	ausreichend	6	4,1	4,2	99,3
	ungenügend	1	,7	,7	100,0
	Gesamt	142	95,9	100,0	
Fehlend	System	6	4,1		
Gesamt		148	100,0		



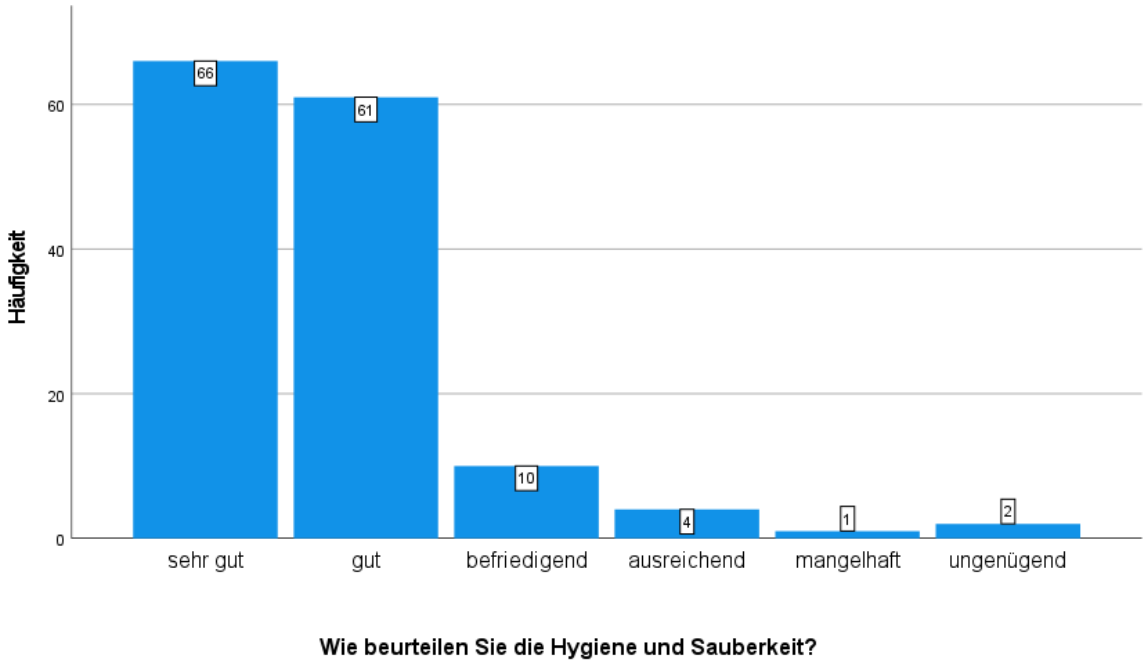
Wie empfanden Sie die Unterbringung und Ausstattung?

Quelle: Eigene Darstellung

Anhang 2.10: Wie beurteilen Sie die Hygiene und Sauberkeit?

Wie beurteilen Sie die Hygiene und Sauberkeit?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr gut	66	44,6	45,8	45,8
	gut	61	41,2	42,4	88,2
	befriedigend	10	6,8	6,9	95,1
	ausreichend	4	2,7	2,8	97,9
	mangelhaft	1	,7	,7	98,6
	ungenügend	2	1,4	1,4	100,0
	Gesamt	144	97,3	100,0	
Fehlend	System	4	2,7		
Gesamt		148	100,0		

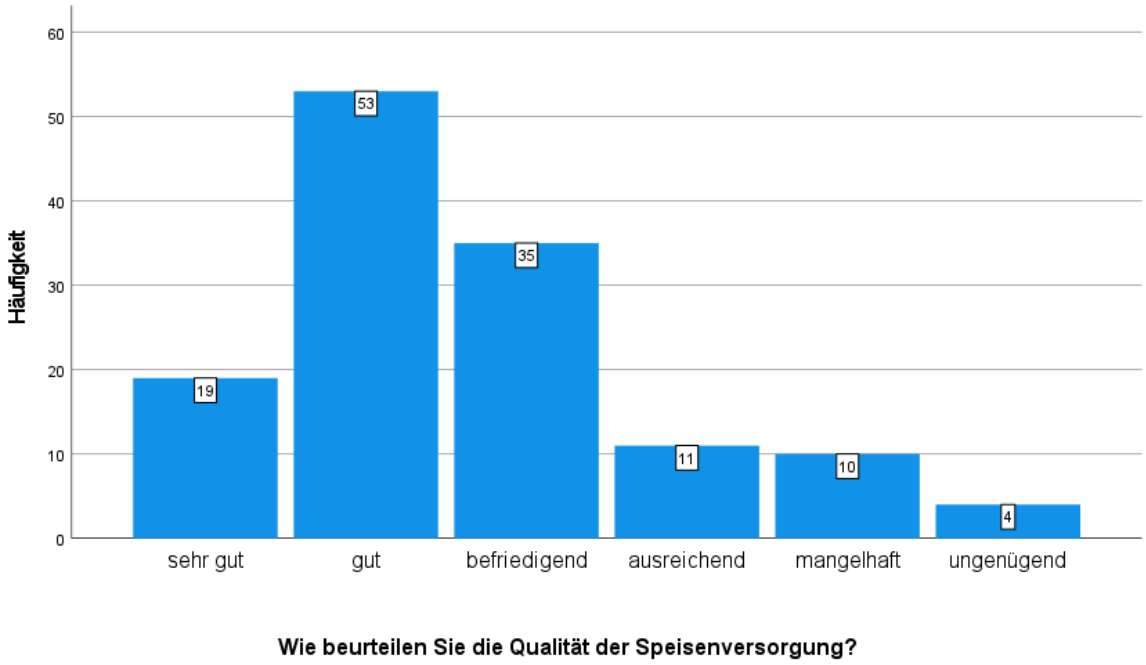


Quelle: Eigene Darstellung

Anhang 2.11: Wie beurteilen Sie die Qualität der Speisenversorgung?

Wie beurteilen Sie die Qualität der Speisenversorgung?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr gut	19	12,8	14,4	14,4
	gut	53	35,8	40,2	54,5
	befriedigend	35	23,6	26,5	81,1
	ausreichend	11	7,4	8,3	89,4
	mangelhaft	10	6,8	7,6	97,0
	ungenügend	4	2,7	3,0	100,0
	Gesamt	132	89,2	100,0	
Fehlend	System	16	10,8		
Gesamt		148	100,0		

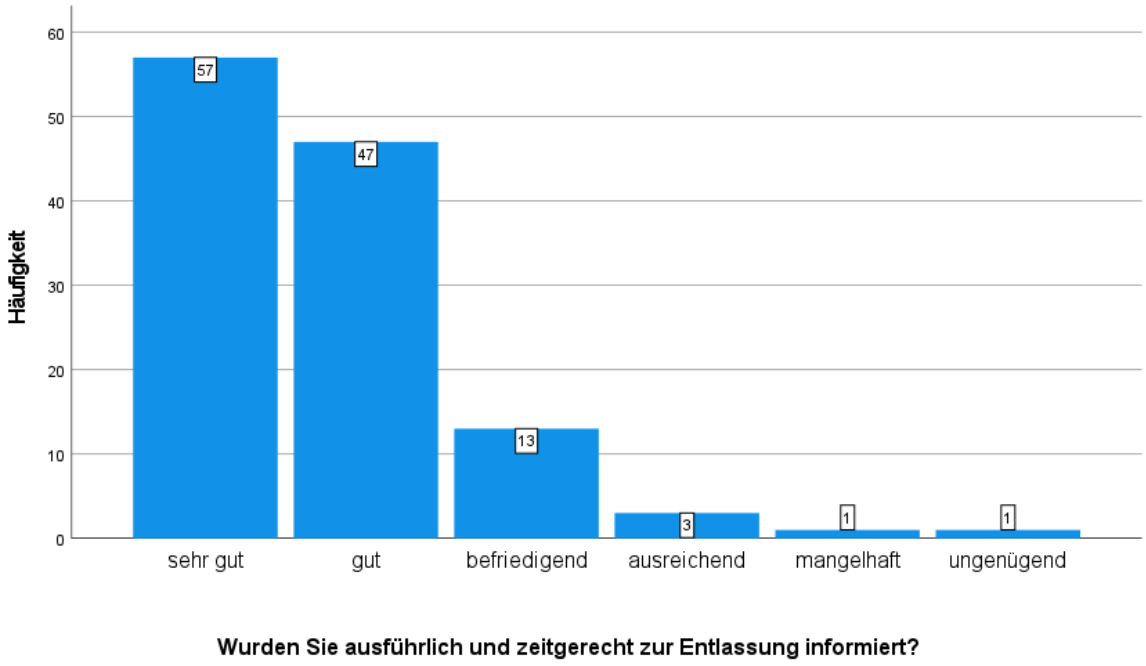


Quelle: Eigene Darstellung

Anhang 2.12: Wurden Sie ausführlich und zeitgerecht zur Entlassung informiert?

Wurden Sie ausführlich und zeitgerecht zur Entlassung informiert?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr gut	57	38,5	46,7	46,7
	gut	47	31,8	38,5	85,2
	befriedigend	13	8,8	10,7	95,9
	ausreichend	3	2,0	2,5	98,4
	mangelhaft	1	,7	,8	99,2
	ungenügend	1	,7	,8	100,0
	Gesamt	122	82,4	100,0	
Fehlend	System	26	17,6		
Gesamt		148	100,0		

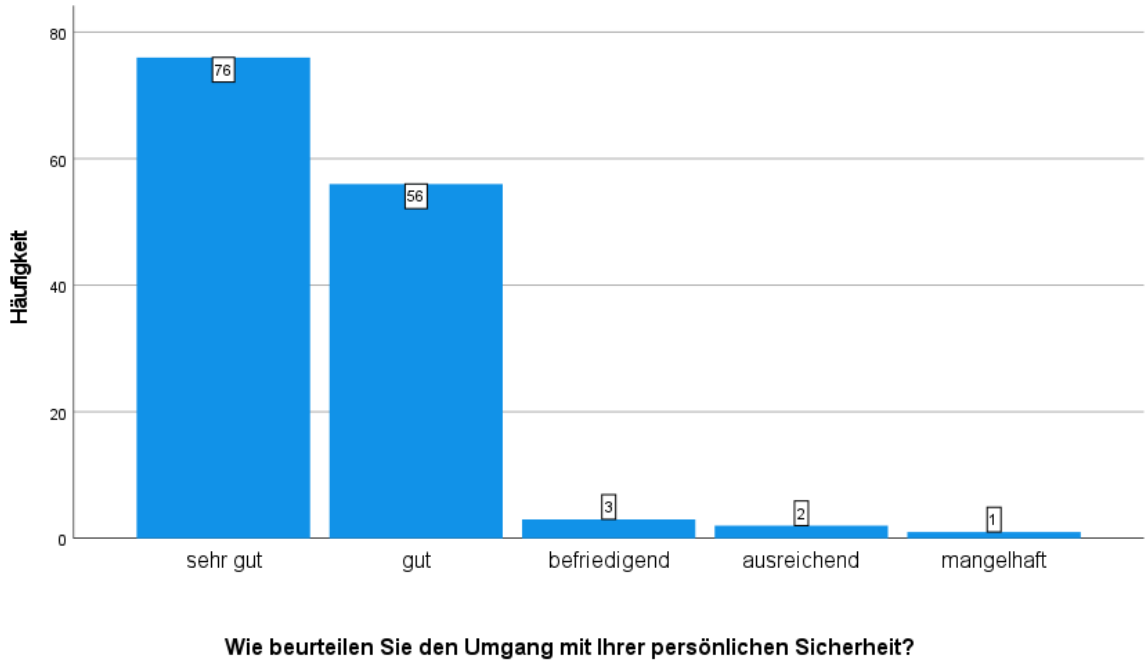


Quelle: Eigene Darstellung

Anhang 2.13: Wie beurteilen Sie den Umgang mit Ihrer persönlichen Sicherheit?

Wie beurteilen Sie den Umgang mit Ihrer persönlichen Sicherheit?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr gut	76	51,4	55,1	55,1
	gut	56	37,8	40,6	95,7
	befriedigend	3	2,0	2,2	97,8
	ausreichend	2	1,4	1,4	99,3
	mangelhaft	1	,7	,7	100,0
	Gesamt	138	93,2	100,0	
Fehlend	System	10	6,8		
Gesamt		148	100,0		

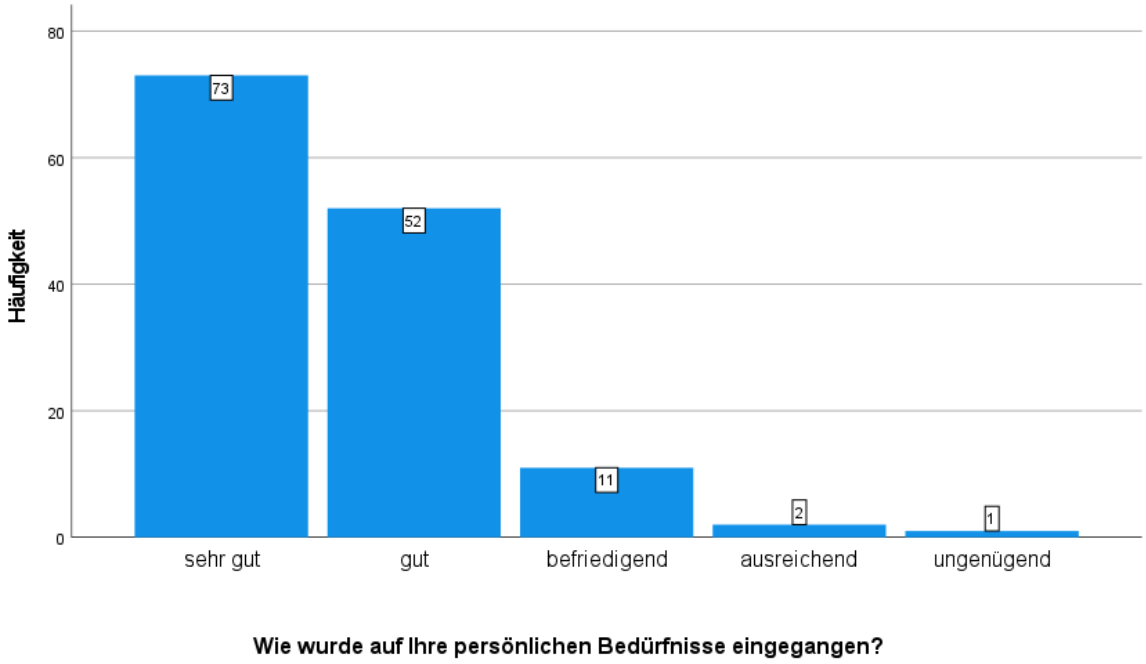


Quelle: Eigene Darstellung

Anhang 2.14: Wie wurde auf Ihre persönlichen Bedürfnisse eingegangen?

Wie wurde auf Ihre persönlichen Bedürfnisse eingegangen?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr gut	73	49,3	52,5	52,5
	gut	52	35,1	37,4	89,9
	befriedigend	11	7,4	7,9	97,8
	ausreichend	2	1,4	1,4	99,3
	ungenügend	1	,7	,7	100,0
	Gesamt	139	93,9	100,0	
Fehlend	System	9	6,1		
Gesamt		148	100,0		

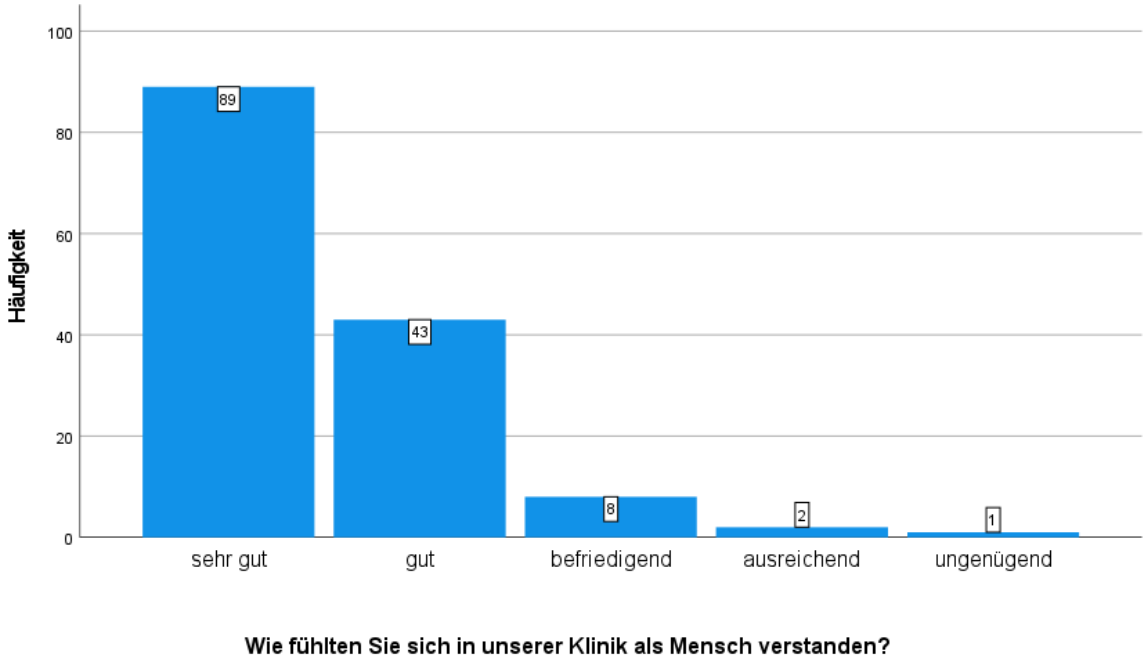


Quelle: Eigene Darstellung

Anhang 2.15: Wie fühlten Sie sich in unserer Klinik als Mensch verstanden?

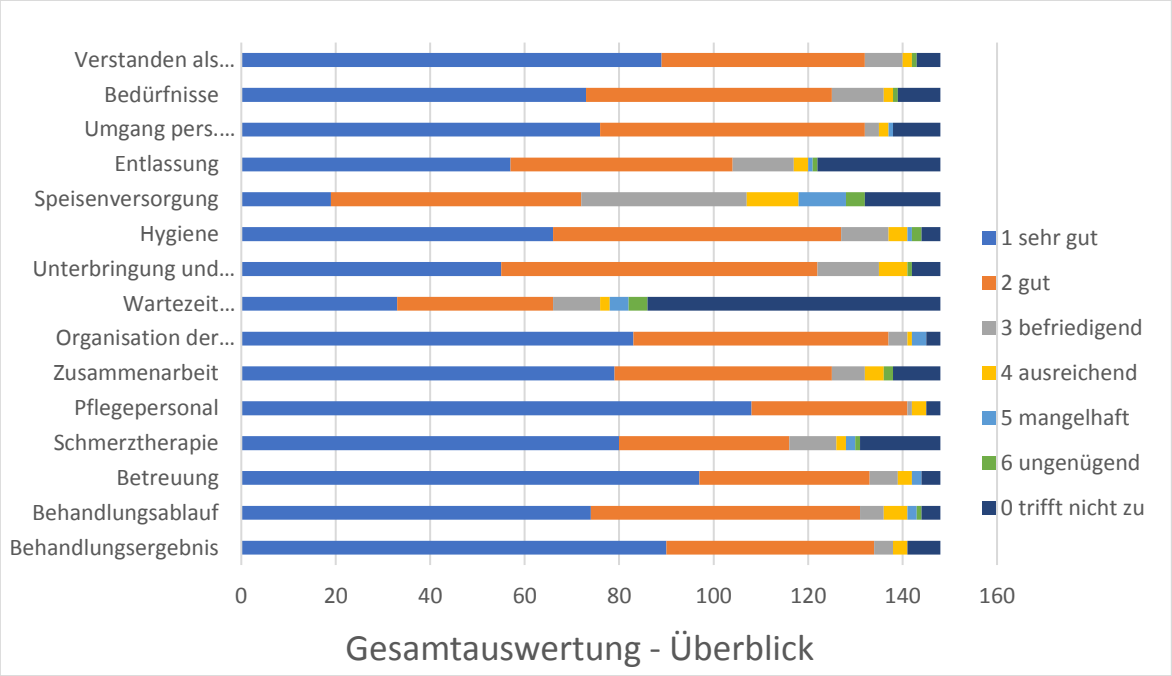
Wie fühlten Sie sich in unserer Klinik als Mensch verstanden?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr gut	89	60,1	62,2	62,2
	gut	43	29,1	30,1	92,3
	befriedigend	8	5,4	5,6	97,9
	ausreichend	2	1,4	1,4	99,3
	ungenügend	1	,7	,7	100,0
	Gesamt	143	96,6	100,0	
Fehlend	System	5	3,4		
Gesamt		148	100,0		



Quelle: Eigene Darstellung

Anhang 2.16: Gesamtauswertung – Überblick



Quelle: Eigene Darstellung

Anhang 3: Meinungsbogen

LOB & KRITIK

KRANKENHAUS REINBEK
ST. ADOLF-STIFT
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Hamburg

IhreMeinung ist uns wichtig!

Wir bitten Sie, uns Ihr Lob und/oder Kritik sowie Anregungen/Verbesserungsvorschläge auf diesem Bogen mitzuteilen. Sie helfen uns so, unsere Qualität ständig zu verbessern.

Sie können sich mit einer Beschwerde auch an unsere Mitarbeiterinnen für Patienten-anliegen wenden: Frau Esther Juhre, Frau Petra Ellgas Tel. 7280 – 5445.
Mail: Esther.juhre@krankenhaus-reinbek.de, Petra.ellgas@krankenhaus-reinbek.de

---

◯ Patient/in ◯ Angehörige/r ◯ Besucher/in

Name: _____ (freiwillige Angabe)

Station:/ Abteilung:_____ Datum: _____

Lob/ Anregungen/ Kritik/ Beschwerde

Diesen Bogen können Sie an unsere Mitarbeiter/Innen geben oder direkt in die dafür vorgesehenen Briefkästen (Lob und Kritik) auf den Stationen oder am Ausgang einwerfen.
Wir danken Ihnen für Ihre Offenheit und Mithilfe

Ihr Team des Krankenhauses Reinbek St. Adolf-Stift

Quelle: Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, 20. August 2020 [redacted]