

medizinischen Rehabilitation (vor Ablauf der 4-Jahres-Frist, ohne MDK-Begutachtung). Die Indikation für Krankenhauseinweisung statt ambulanter Behandlung würde nicht genügend geprüft. Der MDS (Essen) habe ja in einer Untersuchung eine Fehlbelegungsquote von 25% aufgezeigt – die methodische Kritik hieran hat sich das BVA anscheinend nicht zueigen gemacht.

Soweit einige Beispiele aus dem kürzlich publizierten Jahresbericht 1999 des Prüfdienstes Krankenversicherung des BVA. Zuständig ist das BVA dabei für die bundesweit tätigen Ersatz-, Betriebskranken-, Innungs- und Landwirt-

schaftskassen sowie See-Krankenkasse und Bundesknappschaft.

Im Allgemeinen BVA-Tätigkeitsbericht 1999, der auch Unfall- und Rentenversicherungen betrifft, wird zusätzlich auf unberechtigte ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte hingewiesen. Einige Kassen erstatteten die Kosten von meist poststationären Behandlungen, ohne die Ermächtigung (§ 116 SGB V) der Ärzte zu prüfen. Das Argument der Kassen: Prüfungen seien zu aufwendig. Das BVA musste auch diese Grobzügigkeit beanstanden – „wegen der eindeutigen Rechtslage“.

Dr. Horst Kreussler, Wentorf

## Patientenzufriedenheit: Konzepte und Befragungsmethoden im Vergleich

Die Erfassung der Meinungen und Eindrücke von Kunden durch Umfragen sind das unerlässliche Rüstzeug für eine effektive Betriebsführung und Grundvoraussetzung für eine kundenorientierte Ausrichtung eines Unternehmens. Die EuromedClinic® setzt deshalb seit Jahren einen eigenen Fragebogen zur Befragung ihrer Patienten ein. Im Frühjahr dieses Jahres wurde nun erstmals eine externe Patientenbefragung in Kooperation mit dem Picker Institute Europe durchgeführt. Nachfolgender Bericht geht aufgrund der Erfahrungen und Ergebnisse bei den unterschiedlichen Herangehensweisen der Frage nach, ob Befragungen eher in Eigenregie oder durch externe Befragungsinstitute durchgeführt werden sollten.

Die Klinik ist eine belegärztliche Privatklinik mit derzeit noch 123 Betten und 24 zumeist chirurgischen Fachabteilungen, die eine integrierte Patientenversorgung mit einer ambulanten und stationären Betreuung durch denselben Arzt bietet. Zur Überprüfung der Kundenorientierung setzt die Klinik auf Befragungen ihrer Klinikgäste.

### Befragungen in Eigenregie

Wie in vielen anderen Kliniken wurde in der Klinik zunächst ein eigener Fragebogen entworfen, der – im Laufe der Zeit stetig verbessert – die Patientenzufriedenheit mit den verschiedenen Abteilungen, Aufgabenbereichen und Serviceleistungen der Klinik erfasste. Ergänzt wurde der Bogen nach Bedarf mit offenen Fragen und Themenblöcken zu aktuellen Ereignissen und Maßnahmen in der Klinik.

Er wurde bei Ankunft des Patienten in der Klinik ausgeteilt und konnte anonym in Briefkästen eingeworfen oder nach Entlassung zugeschickt werden. Gestützt durch ausreichende Rücklaufquoten wirkte dieses Vorgehen als ganzjähriger Seismograph für Entwicklungen, die innerhalb der ausgeprägten Qualitätsmanagementstrukturen der Klinik analysiert und bearbeitet werden konnten. Die Befragungen trugen zu einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess in den ärztlichen und pflegerischen und Serviceleistungen sowie zu einer besseren Kundenbindung bei.

*Die Befragungen trugen zu einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess sowie zu einer besseren Kundenbindung bei.*

### Externes Befragungsinstitut

Ein Mangel war jedoch allen Daten gemeinsam: Sie gaben zwar die (hohe) Zufriedenheit der Patienten mit der Klinik und damit ein aktuelles Stimmungsbild wieder, doch blieben trotz Vollerhebung Zweifel an der Validität und Reliabilität, d.h. letztlich der Belastbarkeit der Ergebnisse. U.a. konnte wegen des fehlenden Rücklauf-Controllings nicht beurteilt werden, ob die Daten z.B. Verzerrungseffekten ausgesetzt waren (bias). Zudem wurde als Nachteil empfunden, dass aufgrund der Spezifität des Fragebogens (Insellösung) kein Vergleich mit anderen Kliniken, also kein Benchmarking möglich war. Dies verhinderte eine Standortbestimmung im Vergleich zu anderen Gesundheitseinrichtungen nach nationalen und internationalen Maßstäben. Daher wurde ein externes Beratungsunternehmen, das die Klinik in Sachen Qualitätsmanagement und damit auch in empirischen Fragen berät, beauftragt, ein Befragungsinstitut zu suchen, das folgende Anforderungen erfüllen sollte:

- wissenschaftlich fundierte Kompetenz in empirischer Methodik und Analyse,
- Erfahrung in der Durchführung von Befragungen im Gesundheitsbereich, insbesondere von Patientenzufriedenheitsbefragungen,
- valides, reliables und standardisiertes Erhebungsverfahren,
- zuverlässige repräsentative Stichprobenziehung,
- Pool an nationalen und internationalen Benchmarkdaten,
- angemessenes Kosten-Nutzen-Verhältnis.

Nach ausführlicher Analyse des Angebotsspektrums verschiedener Befragungsinstitute auf dem Markt fiel die Entscheidung schließlich auf ein in Deutschland ansässiges Non-Profit-Institut. Das Picker Institute Europe und seine Schwesterorganisation in den USA, das Picker Institute (beides gemeinnützige, eigenständige Non-profit-Organisationen) haben in mehrjährigen Forschungsprogrammen in den USA und Europa zunächst ermittelt, was Patienten wichtig ist, wenn sie Versorgungsleistungen in Anspruch nehmen. Daraus ergaben sich erwünschte (gute Qualität) und unerwünschte (schlechte Qualität) Schlüsselereignisse,

die wiederum als Grundlage für die Entwicklung entsprechender Fragebogen dienten. Somit ließ sich die potentiell unendliche Fülle ereignisbezogener Fragen auf eine handhabbare Menge beschränken, ohne sich durch Verdichtung die Unschärfen einzuhandeln, die bei Zufriedenheitsstudien unvermeidlich sind (s.o.). Folgende Qualitätsdimensionen sind aus Sicht der Patienten relevant und werden in den Befragungen thematisiert:

- Zugang zur Versorgung
- Rücksicht auf individuelle Bedürfnisse und Werte,
- Koordination der Versorgung,
- Information, Aufklärung und Anleitung,
- leibliches Wohlbefinden (insbesondere Schmerzbehandlung),
- Zuwendung, emotionale Unterstützung und Minderung von Angst,
- Einbezug von Familie, Angehörigen und Freunden sowie
- Kontinuität beim Wechsel der Versorgungssektoren (z.B. bei der Entlassung nach Hause).

Statt Zufriedenheitswerte mit ratings von sehr gut bis schlecht werden in dem Konzept vorwiegend Verbesserungspotentiale in Form von Problemhäufigkeiten (problem scores) ermittelt. Gefragt wird z.B. „Wenn Sie Ängste oder Befürchtungen wegen Ihres Zustands oder wegen Ihrer Behandlung hatten, hat dann ein Arzt oder eine Ärztin diese mit Ihnen besprochen?“ Antwort: (1) „Ja, ausführlich“, (2) „Ja, einigermaßen“, (3) „Nein“ sowie (4) „Ich hatte keine Ängste und Befürchtungen“. Die Antworten (2) und (3) erhalten in der Auswertung ein Problem-Attribut. Hiermit werden absolute und relative „Problemhäufigkeiten“ errechnet, und zwar für jede einzelne Frage sowie – kumuliert – für jede Dimension. Ergebnis einer Befragung ist z.B., dass insgesamt 35% der befragten Patienten bei der o.g. Frage die (Problem-) Antworten (2) oder (3) angekreuzt haben. Die Problemhäufigkeit bezüglich dieser Frage wäre also insgesamt 35%. Sie liefert differenzierte Informationen von hoher diskriminatorischer Validität über die Qualität der Dienstleistung aus Patientensicht. Gleichzeitig beschreibt sie ganz konkret und auf einfach nachvollziehbare Weise Verbesserungspotentiale und Ansatzpunkte für Qualitätsentwicklungsprozesse.

Mit über einer dreiviertel Million befragter Patienten bietet das externe Befragungsunternehmen eine große Datenbasis für Vergleiche und Benchmarking aus Patientensicht. Sie beinhaltet Ergebnisse von mehr als 750 Referenzpartnern aus den USA, Großbritannien, Kanada, Schweden, Norwegen, der Schweiz und Deutschland. Es besteht die Möglichkeit, mit den Referenzpartnern in Verbindung zu treten und Einblick in betriebsinterne Abläufe zu nehmen. Wegen regionaler Konkurrenzsituationen kann es einfacher sein, weiter entfernte Krankenhäuser zu kontaktieren als den besser abschneidenden Konkurrenten in der Nachbarschaft.

### Ablauf der Befragung

Die Befragung in der Klinik beruhte auf einer 8 Wochen dauernden Vollerhebung mit insgesamt 346 rückgelaufenen Fragebogen (Rücklaufquote 57%). Damit lagen mehr Fragebogen vor, als die für ein Konfidenzintervall von höchstens 5% errechnete Mindestanzahl (300). Die Patienten wurden im Frühjahr diesen Jahres nach Entlassung in einem anonymisierten Verfahren

schriftlich befragt. Das erforderliche Rücklauf-Controlling führte das externe Beratungsunternehmen über ein eigenes Software-Programm durch, ebenso die 2 Nachfassaktionen. Am Ende der Befragung wurde die Befragtenstruktur mit der Struktur des Patientenaufkommens in der Klinik insgesamt auf außergewöhnliche Abweichungen bezüglich Alter und Geschlecht hin untersucht. Der Vergleich zeigte keine signifikanten Unterschiede. Die erhobene Stichprobe ist daher auch diesbezüglich als repräsentativ für das Klientel der Klinik zu betrachten.

Eine Gegenüberstellung zeigt die methodischen Gemeinsamkeiten und Unterschiede im Vorgehen der beiden Befragungen im Überblick (siehe Tab.1).

### Bewertung der unterschiedlichen Untersuchungsdesigns

Die spannende Frage war nun, inwieweit die extern unterstützte Befragung die Ergebnisse der klinikspezifischen Vorbefragungen bestätigte bzw. ergebnisbezogene Unterschiede aufwies und

Tab. 1 Vergleichsüberblick über die eingesetzten Befragungsmethodiken

interne Befragung – Eigenentwicklung	Befragung durch ein externes Unternehmen
Vollerhebung bei allen Patienten ohne Ausschlusskriterien (Zielgröße nicht bestimmt)	repräsentative Stichprobe (partielle Vollerhebung) mit Ausschlusskriterien (Zielgrößen: 600 Befragte, 300 rückgelaufene Fragebogen)
ganzjährig	periodisch (in der Regel 1x/Jahr)
innerhalb der Klinik	nach Entlassung nach Hause
schriftliche Befragung	postalische, schriftliche Befragung
modulartig aufgebaute, variabler Fragebogen (aktuelle Themenergänzungen)	modulartig aufgebaute, hochstandardisierter Fragebogen (feste Themenbereiche bzw. Dimensionen/Skalen) mit klinikspezifischen Ergänzungen
Entwicklung des Fragebogens durch die Klinik	Entwicklung des Fragebogens auf der Basis kognitiver Interviews und Fokusgruppen mit insgesamt ca. 6000 Patienten sowie Gesundheitsexperten und Angehörige verschiedener Heilberufe
innere Konsistenz des Fragebogens nicht getestet	Cronbach's Alpha für die Skalen (Dimensionen) zwischen 0,6 und 0,85
Erfassung von Zufriedenheit durch Rating-Fragen	Erfassung von Ereignissen durch Report-Fragen (ca. 85%) sowie Beurteilungen durch Rating-Fragen (ca. 15%)
5 offene Fragen	2 offene Fragen
keine Nachfassaktionen	2 Nachfassaktionen, die zweite mit erneuter Zusendung des Fragebogens
Rücklauf ca. 25-35 %	Rücklauf 57 %
Anonymität gewährleistet (keine personenbezogene Kennung der Fragebogen)	Anonymität gewährleistet (keine personenbezogene Kennung der Fragebogen)

damit eine Bewertung der unterschiedlichen Untersuchungsdesigns zuließ.

Die Unsicherheit in der Bewertung der Repräsentativität der intern erhobenen Daten wich nach der Analyse der extern erhobenen Ergebnisse: Die Zahlen zeigten eine bemerkenswerte Korrespondenz der Werte in den identisch formulierten Fragen.

So waren die Prozentwerte auf die Fragen „Würden Sie dieses Krankenhaus bei Bedarf Ihren Freunden oder Ihrer Familie weiterempfehlen?“ (externe Befragung) bzw. „Würden Sie, wenn notwendig, wieder in dieses Krankenhaus kommen?“ (Klinik-Fragebogen) beispielsweise für beide Erhebungen annähernd gleich. Dies legt die Annahme nahe, dass auch die Netto-Stichproben der internen Befragungen trotz eventueller Verzerrungseffekte aufgrund geringer Rücklaufquoten zumindest bezüglich dieser Fragen zu validen Ergebnissen führten.

Allerdings muss an dieser Stelle festgehalten werden, dass die externe Befragung in deutlich weniger Zeit und mit geringerer Fallzahl Ergebnisse von mindestens derselben Aussagekraft erzielen konnte, wie die von der Klinik bisher in eigener Regie durchgeführte ganzjährige Vollerhebung bei allen im Hause behandelten Patienten.

#### Interne Befragung

Die interne Klinikbefragung basierte zum großen Teil auf Fragen, die im Sinne einer Zufriedenheitsbeurteilung als Ratingfragen formuliert waren. Wie mittlerweile in empirischen Studien nachgewiesen und in der einschlägigen Literatur ausführlich dargelegt, neigen Menschen stark dazu, trotz vorhandener Kritikpunkte pauschal relativ hohe Zufriedenheit anzugeben. Dies führte auch bei dieser Befragung zu einer ausgeprägten Zustimmungstendenz unter den Befragten und damit zu hohen prozentualen Zufriedenheitswerten mit der Klinik. Zu diesem Ergebnis trug der Umstand bei, dass die Erhebung in der Klinik durchgeführt wurde und diesen

**Durch die geringe Differenziertheit der Ergebnisse sind die Daten wenig geeignet, Verbesserungen zu identifizieren.**

Effekt vermutlich noch verstärkte. So schön Zufriedenheitswerte von über 90% auch sind, der damit verbundene Nachteil liegt auf der Hand: Durch die geringe Differenziertheit der Ergebnisse sind die Daten wenig geeignet, potentielle und erreichte Verbesserungen klar zu identifizieren. Veränderungen bewegen sich im Längsschnittvergleich (z.B. von Jahr zu Jahr) auf hohem Niveau mit sehr geringen Schwankungen und sind daher kaum mehr zu erkennen.

#### Externe Befragung

Der methodische Ansatz des externen Befragungsinstitutes hingegen geht einen anderen Weg. Die Patienten werden aufgefordert, im Sinne eines Reports (der Patient als Zeuge) zu bestimmten (Schlüssel-)Ereignissen Stellung zu nehmen. Sie bilden eine relativ objektive Messlatte, die eine differenzierte Analyse der Situation vor Ort zulässt. Eine linksschiefe Verteilung der Ergebnisse bei Werten ab 85% aufwärts (Dekken- bzw. Bodeneffekt) wird hier nicht beobachtet, vielmehr liegen die gemessenen Problemhäufigkeiten in der Regel hochdisparat zwischen 0 und 60%. So treten Schwachpunkte deutlich zu Tage und können angegangen werden.

Dieses Vorgehen bewährte sich bei dieser Befragung und förderte zum Teil ganz neue Themen zu Tage. So konnte beispielsweise in der Analyse ein Bedürfnis nach mehr Information und Transparenz in der Organisation des Klinikablaufs festgestellt werden – ein Problem, das zuvor in dieser Prägnanz nicht erkannt worden war

(Nachforschungen unter den Patienten ergaben, dass dies weniger auf mangelnde Informationsmöglichkeiten in der Klinik als vielmehr auf eine zu ausführliche Darstellung des Klinikleitfadens zurückzuführen ist).

#### Fazit

Zusammenfassend ist zu sagen, dass die Vorgehensweise vom Ziel der Befragung und dem zur Verfügung stehenden Budget abhängt. Die Entwicklung eines eigenen Fragebogens kann insbesondere für Krankenhäuser, die sich am Anfang eines systematischen Qualitätsmanagements befinden und deren Budget dafür sehr knapp bemessen ist, ein zunächst erfolgversprechender Weg sein. Auch hier sollte man jedoch auf ein professionelles, den Grundsätzen der empirischen Methodenlehre folgendes Vorgehen nicht verzichten. Dazu ist die Aneignung entsprechender Kompetenzen notwendig. Auch eine externe methodische Beratung sollte unbedingt in Erwägung gezogen werden, um das Risiko eines empirischen Schiffbruchs so klein wie möglich zu halten.

Wer dagegen Patientenbefragungsergebnisse nicht nur zur Kundenbindung und für Marketingzwecke, sondern darüber hinaus als Grundlage der Betriebs- und Qualitätslenkung nutzen will, sollte hochqualifizierten, wissenschaftlich fundierten Sachverstand hinzuziehen. So kann der interne Arbeits- und Zeitaufwand minimiert und das fachliche Risiko externalisiert werden. In jedem Fall ist eine ausführliche Tauglichkeitsanalyse der angebotenen Instrumente und des externen Instituts unerlässlich, um die Gewissheit zu haben, dass zum einen die Ergebnisse empirisch abgesichert einen hohen Aussagewert aufweisen, zum anderen geeignet sind, die Fragen zu beantworten, die Krankenhaus und Patient gleichermaßen beschäftigen. Ist beides gewährleistet, ist das Projekt auch in Richtung Öffentlichkeit gut verwertbar.

Stephan Krahe, Fürth