

# Kommunikation ist wesentlich – Defizite der Betreuung im Krankenhaus aus der Sicht von Patienten und Patientinnen

Wolf Langewitz<sup>1</sup>  
Dieter Conen<sup>2</sup>  
Matthias Nübling<sup>3</sup>  
Heidemarie Weber<sup>4</sup>

*Communication Matters – Deficits in Hospital Care from the Patients' Perspective*

## Zusammenfassung

In den letzten Jahren wird die Bedeutung kommunikativer Fertigkeiten von Pflegenden und Ärzten deutlicher gesehen. Zur Unterstützung dieser Entwicklung sollte sichergestellt sein, dass sie tatsächlich den Bedürfnissen der Patienten entspricht. In der vorliegenden Arbeit werden die Ergebnisse einer Befragung von insgesamt 668 Patientinnen und Patienten aus zwei Zentrums-spitälern in der Schweiz vorgestellt (Rücklaufquote: 79%), denen zwei Wochen nach der Entlassung ein Fragebogen zugeschickt wurde. Im Fragebogen werden überwiegend „reporting“-Fragen eingesetzt, die vom Patienten weniger eine Bewertung, sondern mehr eine Angabe darüber fordern, was konkret passiert ist. Bei den Ergebnissen zeigt sich, dass der Fragebogen trotz seines Umfangs (durchschnittlicher Zeitbedarf zum Ausfüllen: eine Stunde) eine hohe Akzeptanz findet. Bemängelt wird vor allem fehlende kommunikative Kompetenz der Pflegenden und der Ärzte: 18 von 23 Defiziten, die von mehr als 10% der Studienteilnehmer genannt werden. Der Fragebogen erhebt Defizite aus der Sicht der Patienten so differenziert, dass sich deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Stationen aufzeigen lassen.

## Abstract

The importance of professional communication for nursing staff and physicians is increasingly accepted. In order to support this tendency it would be helpful to investigate whether this development does reflect an actual need from the patients' perspective. The current investigation reports on the results of a questionnaire survey in 668 patients (79% response rate) from two tertiary Swiss hospitals. Questionnaires were sent out two weeks after discharge from hospital. The questionnaire is mainly asking „reporting“-type questions, which ask a patient to describe what actually had happened and not to evaluate his or her experiences. Results show a high acceptance of the somewhat lengthy questionnaire (mean time to fill in the questionnaire: about one hour). Main deficits were concerned with a lack in communication competence in nurses and physicians: 18 out of 23 deficits mentioned by more than 10% of patients' were in this area. The questionnaire describes deficits precisely enough to yield significant differences between single wards.

## Key words

Physician patient communication · Patient care in hospital · Patient satisfaction · Quality management

## Einleitung

In den letzten Jahren sind mehrere Publikationen erschienen, in denen Interventionen zur Verbesserung kommunikativer Fertigkeiten von Ärztinnen und Ärzten beschrieben werden [1–5]. Als Begründung für solche Programme wird meistens angeführt,

dass Patienten, deren Ärzte weniger patriarchalisch, dafür eher partnerschaftlich kommunizieren, seltener den Arzt wechseln [6], dass sie bessere Compliance zeigen [7–9] und bei unspezifischen Beschwerden über weniger Beeinträchtigung der Lebensqualität klagen. Wir haben zudem zeigen können, dass in Anamnesegesprächen mit Schauspielerpatienten die Menge an medi-

### Institutsangaben

<sup>1</sup> Abteilung Psychosomatik/Innere Medizin, Universitätskliniken, Kantonsspital Basel

<sup>2</sup> Innere Medizin, Kantonsspital Aarau

<sup>3</sup> GEB Gesellschaft für Empirische Beratung Freiburg

<sup>4</sup> Abteilung Qualität und Pflege, Direktion Kantonsspital Basel

### Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Wolf Langewitz · Abteilung Psychosomatik · Innere Medizin · Petersgraben 4 · 4031 Basel · Schweiz · E-mail: wlangewitz@uhbs.ch

Eingegangen: 30. März 2001 · Angenommen: 12. Februar 2002

### Bibliografie

Psychother Psych Med 2002; 52: 348–354 © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York · ISSN 0937-2032

zinischer und psychosozialer Information und die Zufriedenheit der Patienten mit der Qualität kommunikativer Fertigkeiten korrelieren [5].

Inwieweit allerdings Patienten selber kommunikative Fertigkeiten bei ihren Ärzten vermissen, ist im deutschsprachigen Raum kaum untersucht worden. Ein ähnliches Defizit an empirischen Daten findet sich in der Frage, was Patienten von Pflegenden erwarten.

Die zunehmende Konkurrenz im Gesundheitssystem zwischen institutionellen Anbietern von Leistungen oder einzelnen Praxen hat das Interesse an Patienten als potenziellen „Kunden“ geweckt, deren Wünsche und Bedürfnisse es zu kennen gilt, um das eigene Angebot entsprechend auszugestalten. Gerade Spitalmitarbeiter kennen zur Genüge die alljährlich ausgelobten, häufig fernab der Realität ersonnenen Kampagnen zur Verbesserung der Betreuung der Patienten und Patientinnen, die kaum einmal auf einer empirischen Bedarfsanalyse beruhen und in den seltensten Fällen auf ihre Effizienz hin überprüft werden.

Im Bemühen darum zu verstehen, was Patienten selber von ihren Behandlern erwarten, sind die meisten Daten mit Fragebogeninstrumenten erhoben worden, die die *Zufriedenheit* von Patienten und Patientinnen messen. In solchen Untersuchungen wird der Patient gebeten, das Ausmaß seiner Zufriedenheit mit bestimmten Aspekten der Versorgung im Spital im Sinne einer Bewertung anzugeben. In Übereinstimmung mit der Literatur [10–12] konnten wir in einer Studie an Patienten der medizinischen Universitätsklinik zeigen, dass Zufriedenheitswerte extrem schief verteilt sind, Patienten sind nachgerade „notorisch begeistert“, ihre Aussagen lassen kaum auf konkrete Defizite in der Versorgung schließen [13]. Angesichts dieser Befunde fragt es sich tatsächlich, wie sinnvoll es ist, mit ausschließlich bewertenden Fragebogen zu arbeiten, es sei denn, man nimmt an, dass eine – statistisch signifikante – Differenz zwischen der Antwort auf die Frage: „Wie waren Ihre Erfahrungen mit der Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft der Pflegenden?“ und der Frage: „Wie bewerten Sie Ihre Unterbringung, Ihr Zimmer?“ (z. B. in Basel: Zufriedenheitswerte von 93,1% sehr gut und gut vs. 90,4% sehr gut und gut) so bedeutsam ist, dass es sich für den Betreiber des Krankenhauses lohnt, in die Verbesserung z. B. des Zimmerangebotes zu investieren und dafür die Mittel für die Supervision des Pflegepersonals zu kürzen. Sinnvoller scheint es zu sein, Patienten und Patientinnen detaillierter berichten zu lassen, was sie im Spital erlebt haben und sich dann als Krankenhausbetreiber zu überlegen, ob die Wahrnehmung des Spitals aus Patientensicht mit den eigenen Vorgaben übereinstimmt. Wo die eigenen Ziele nicht erreicht werden, lassen sich Defizite lokalisieren, die gezielt angegangen werden können [14].

In einer klassischen Berichtsfrage (Reporting) werden Patienten z. B. gebeten anzugeben, wie lange sie bei der Aufnahme auf der Notfallstation warten mussten, bis sie von einem Arzt oder einer Ärztin untersucht wurden (< 5 Minuten, 5–15 Minuten, 15–30 Minuten, 30–60 Minuten, > 60 Minuten?) oder ob es vorkam, dass Pflegenden und Ärzte bei der Visite über ihren Kopf hinweg kommuniziert haben. Bei der Analyse solcher Ergebnisse ist es dann Aufgabe der Klinik- oder Stationsleitung festzulegen, wie viel Wartezeit sie tolerieren möchte, oder ob sie 12% bejahender Antworten auf die zweite Frage noch für akzeptabel hält oder

nicht. Welche Angaben also letztlich als „Defizit“ gewertet werden, hängt von den Vorgaben eines Spitals ab und nicht nur von den Rohergebnissen der Untersuchung.

Viele Fragen lassen sich allerdings nur tendenziell dem Typus Bericht versus Bewertung zuordnen. Wenn Patienten z. B. gefragt werden „Wurden Sie über den Sinn und Zweck Ihrer Medikation in einer für Sie *verständlichen* Weise unterrichtet?“, dann wird letztlich eine Bewertung von ihnen erwartet, die in diesem Beispiel das Ausmaß der Verständlichkeit beschreibt. Immerhin erlaubt die Gestaltung der Antwortmöglichkeiten (immer/manchmal/selten/nie/brauchte keine Medikamente) dem Patienten, sich einer globalen Bewertung des Arztes zu enthalten, stattdessen wird eine bestimmte Verhaltensweise in ihrer Häufigkeit abgefragt.

Zusammenfassend folgt aus den bisherigen Erfahrungen zum einen, dass brauchbare Hinweise für das Einleiten von Maßnahmen nur bei detaillierten und möglichst ereignisorientierten Fragestellungen zu erwarten sind und zum anderen, dass die Interpretation der Rohergebnisse von Patientenbefragungen auf die spezifische Situation und die Zielsetzungen des jeweiligen Spitals Rücksicht nehmen muss.

In der vorliegenden Arbeit wird die deutsche Übersetzung eines Fragebogens eingesetzt, der ursprünglich von Cleary et al. auf der Basis von Fokusgruppen mit Patienten entwickelt und im Rahmen der Patient Centered Care Study an über 6000 Patienten und 2000 Angehörigen eingesetzt wurde [15]. Kanadische und britische Untersuchungen folgten im Jahre 1994 [16,17]. Die deutsche Version wurde von Mitarbeitern der Stiftungsprofessur Gesundheitssystemforschung und des Instituts für Medizinische Informationsverarbeitung an der Universität Tübingen erstellt [18,19]. Diese Untersuchungen haben u. a. ergeben, dass der Fragebogen in der deutschen Übersetzung gut verständlich ist und dass ferner die schriftliche Form der Datenerhebung, bei der Patienten anonym über ihre Erfahrungen berichten, die höchsten Defizitnennungen ergibt, während Telefoninterviews und mündliche Befragungen weniger deutliche Angaben lieferten.

Der Fragebogen wurde an Patienten und Patientinnen an zwei Zentrumsspitalern der Schweiz abgegeben, die zum einen eher eine städtische Agglomeration (Stadtkanton Basel) und zum anderen eher eine kleinstädtische oder ländliche Bevölkerung (Kanton Aarau) versorgen.

## Methodik

### Studienpopulation

Am Kantonsspital Aarau wurden in der Zeit vom 1.10.1996 bis zum 31.1.1997 395 Patienten von einem Mitarbeiter der Pflegedienstleitung für die Teilnahme an der Studie rekrutiert (entsprechend 94% aller angesprochenen Patienten), der in dieser Zeit für die Durchführung der Studie verantwortlich war. Patienten wurden in der Frauenklinik, der Augenklinik, der Orthopädie, der Inneren Medizin, der Neurochirurgie und in der Chirurgie rekrutiert.

Am Kantonsspital Basel wurden in der Zeit von September 1996 bis März 1997 insgesamt 443 Patienten und Patientinnen von

Pflegenden auf den Stationen der Frauenklinik, der Inneren Medizin, der Dermatologischen und der Neurologischen Klinik für die Teilnahme an der Studie gewonnen; die Chirurgische Universitätsklinik lehnte die Durchführung der Befragung mit ihren Patienten ab. Das Ausmaß der Rekrutierung in Basel war uneinheitlich: Auf Stationen, auf denen eine Mitarbeiterin der Arbeitsgruppe Patienten rekrutierte, wurden über 90% aller infrage kommenden Patienten angesprochen, von denen über 70% schließlich den Fragebogen zurücksandten. Auf Stationen, auf denen die Teammitglieder für das Ansprechen der Patienten verantwortlich waren (v. a. Neurologische Klinik und Dermatologie) wurden zwischen 45 und 70% der verfügbaren Patienten angesprochen, der Prozentsatz zurückgesandter Fragebogen entsprach dem der anderen Stationen.

**Einschlusskriterien:** Um ihre Mitarbeit gebeten wurden Patienten, sofern folgende Voraussetzungen erfüllt waren: mindestens drei Tage dauernder stationärer Aufenthalt, Alter zwischen 18 und 80 Jahren, ausreichende Deutschkenntnisse, Vorliegen einer Einverständniserklärung.

**Ausschlusskriterien:** Patienten wurden ausgeschlossen, wenn sie aufgrund einer psychiatrischen Erkrankung oder aufgrund der Schwere ihrer körperlichen Erkrankung nicht in der Lage waren, die Einverständniserklärung kompetent zu unterschreiben.

Allen Patienten wurde die Anonymität des Verfahrens zugesagt.

Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des ärztlichen und pflegerischen Dienstes wurden durch Informationsveranstaltungen und schriftlich über den Ablauf und den Inhalt der Befragung in Kenntnis gesetzt.

## Messinstrumente

### Patientenfragebogen

Der Fragebogen basiert auf dem Instrument, das von Cleary et al. [15] u. Delbanco et al. [14] publiziert wurde. Die Autoren erhielten die Möglichkeit, die deutschsprachige Version des Fragebogens einzusetzen, der von der Stiftungsprofessur Gesundheitssystemforschung in Tübingen in Zusammenarbeit mit dem Demoskopischen Institut Allensbach überarbeitet worden war [18,19].

Die Formulierung einzelner Fragen wurde an den Schweizerischen Sprachgebrauch adaptiert: z. B. wurde anstatt „Krankenhaus“ die Bezeichnung „Spital“ verwendet, die Antwortmöglichkeiten auf die Frage nach dem Schulabschluss wurden den schweizerischen Möglichkeiten angepasst.

Der Fragebogen umfasst insgesamt 57 Fragen, sieben Fragen sind zusätzlich durch Freitext zu offenen Fragestellungen ergänzt. Er bildet die folgenden Dimensionen des stationären Aufenthaltes ab:

1. Bedingungen der Aufnahme- und der Entlassungssituation
2. Information/Kommunikation/Aufklärung
3. Schmerzmanagement
4. ärztliche Behandlung
5. pflegerische Versorgung und Betreuung

6. Vorbereitung auf die Entlassung
7. Beurteilung des gesamten Spitals.

Zusätzlich wurden mit 12 Fragen Angaben zu Ausbildungsstatus, wirtschaftlichen Verhältnissen, gesundheitlicher Situation, Alter und Geschlecht erhoben.

### Fragebogen für Ärzte und Pflegende

Auch Ärzte und Pflegende erhielten jeweils einen Fragebogen, in dem sie gebeten wurden, Art und Schweregrad der Erkrankung, bzw. das Ausmaß der pflegerischen Betreuung zu beschreiben. Gefragt um ihre Mitarbeit wurden die betreuende Ärztin und der Pflegende, der sich am ehesten für die Betreuung der Patientin verantwortlich fühlte, also z. B. an mehreren Tagen die Patientin betreut hatte. Das Zusammenführen der Angaben von Patientinnen, Pflegenden und Ärzten geschah über Kodenummern.

### Studiendesign

Etwa 14 Tage nach dem Verlassen der Klinik wurde den Patientinnen, die in die Teilnahme an der Studie eingewilligt hatten, ein Fragebogen mit einem entsprechenden Schreiben und einem frankierten Rückumschlag zugesandt. Die Patientinnen wurden gebeten, den Fragebogen innerhalb von 5 Tagen zu beantworten und zurückzusenden. Kamen die Fragebogen nicht spontan zurück, wurde per schriftlicher oder per telefonischer Nachfrage noch einmal darum gebeten, dies nachzuholen.

Insgesamt sandten in Basel 338 von 437 Patientinnen (77,3%) auswertbare Fragebogen zurück. In Aarau waren es 81%. Die Fragebogen wurden kodiert, in eine Datenmaske eingegeben und anschließend mit dem Statistikprogramm SPSSWin/7.52 [20] ausgewertet.

### Statistische Verfahren

Für die Auswertung der Daten wurden folgende Verfahren verwendet: 1. *univariate Verfahren* (Grundauszählung) und 2. *bivariate Analysen* (Kreuztabellen, einfaktorische Varianzanalysen und multiple Mittelwertsvergleiche). Die Auswahl der Verfahren erfolgte in Entsprechung des vorliegenden Datenniveaus und der verfügbaren Fallzahlen.

### Ergebnisse

Zunächst kann hinsichtlich der Fragebogenerhebung selbst festgestellt werden, dass die Patienten gut mit dem Instrument zu recht kamen und die Erhebung sinnvoll und interessant fanden: 94% der Patienten haben die Befragung insgesamt als eine *gute Sache* empfunden; nur von 13% der Patienten wurde der Fragebogen als *zu lang* bzw. *viel zu lang* eingestuft. Letztlich spricht auch die Einschätzung von 81% der Patienten, der Fragebogen sei *sehr interessant* bzw. *interessant*, für die hohe Akzeptanz dieses Verfahrens bzw. Instrumentes.

### Zur Validität des Fragebogens

Die Konstruktvalidität des Fragebogens wird in einem anderen Artikel unserer Arbeitsgruppe dargestellt, in dem über die Durchführung einer Faktorenlösung, die sich daraus ergebenden Skalen und die interne Konsistenz dieser Skalen berichtet wird (Nübling et al. in press). Eine weitere Möglichkeit, die Validität des Fragebogens zu überprüfen, ist die Untersuchung des Zu-

sammenhangs zwischen der von den Pflegenden angegebenen Hilfsbedürftigkeit der Patienten und der Anzahl von Defiziten im Bereich der pflegerischen Betreuung. Wenn die Angaben der Patienten valide sind, sollten diejenigen, die in besonderem Maße auf Hilfe bei alltäglichen Leistungen angewiesen sind, tendenziell mehr Defizite erleben als andere Patienten. Tatsächlich zeigt sich, dass Patienten, die bei alltäglichen Verrichtungen Hilfe benötigen, bei den Fragen, die die Qualität der Pflege betreffen, höhere Defizite nennen als Patienten mit besser erhaltener Funktionsfähigkeit im Alltag: Vergleicht man Patienten, die keine Hilfe bei alltäglichen Verrichtungen brauchen (ATL = 0; n = 250), mit denen, die mindestens in einem Bereich auf Hilfe angewiesen sind (ATL  $\geq$  1; n = 46), unterscheiden sich die Antworten z. B. auf die Frage nach der Erreichbarkeit des Pflegepersonals signifikant: ATL = 0: 13,6% Defizite, ATL  $\geq$  1: 30,4% Defizite ( $\chi^2 = 8,1$  [df = 1],  $p < 0,01$ ).

### Soziodemographische Charakteristika der Studienpopulation

Tab. 1 zeigt die soziodemographischen Charakteristika der beiden Teilnehmergruppen. Beide Studienpopulationen entsprechen in ihren Kenndaten der durchschnittlichen Zusammensetzung der Patientenpopulation im jeweiligen Spital.

### Defizitnennungen

In Tab. 2 sind die prozentualen Häufigkeiten von Defiziten aufgeführt, die von mehr als 10% der Patienten und Patientinnen in beiden Spitälern genannt wurden. Deutlich wird, dass der Fragebogen offenkundig ein bestimmtes Muster von Defiziten auf-

greift, das sich in unterschiedlicher Ausprägung in beiden Krankenhäusern findet. Deutlich wird auch, dass ein Großteil der häufig genannten Defizite in Basel und in Aarau Bereiche der Versorgung und Betreuung betrifft, in denen die kommunikative Kompetenz der Spitalmitarbeiter angesprochen wird.

Tab. 3 u. 4 beschreiben die *relativen* Häufigkeiten der Defizite, also die Anzahl der Defizitnennungen bezogen auf die von einem Merkmal oder einer Situation betroffenen Patienten.

Gesamthaft wird klar, dass bezogen auf die jeweils betroffenen Patienten Defizite weit häufiger sind als es die schlichte Aufzäh-

Tab. 2 Fragebogenitems, bei denen mehr als 10% der Patienten in beiden Spitälern ein Defizit berichten

Fragebogenitems, in denen > 10% der Patienten ein Defizit nannten	Defizit-Nennungen in % Basel n = 348	Defizit-Nennungen in % Aarau n = 320
<i>als defizitär erleben Patienten, wenn ....</i>		
... ihnen die Nebenwirkungen der Medikamente nicht erklärt werden	46	44
... sie bei der Aufnahme > 15 Minuten auf die Untersuchung warten müssen	35	30
... ihnen bei der Aufnahme der Tagesablauf nicht erklärt wird	30	22
... sie vor der Entlassung keine Aufklärung über ATLS erhalten	19	21
... ihnen Medikamente nicht erklärt werden	23	20
... Ärzte nicht einfühlsam und rücksichtsvoll sind	24	19
... sie bei der Behandlung nicht miteinscheiden können	31	18
... ihnen Untersuchungsergebnisse nicht erklärt werden	20	16
... sie vor pflegerischen Verrichtungen nicht gut informiert werden	16	16
... die Operation nicht wie zeitlich geplant stattfindet	16	16
... man sich bei der Visite ohne ihre Beteiligung unterhält (hat sie gestört)	17	17
... der Ablauf der Untersuchung nicht gut erklärt wird	21	14
... Hilfspersonen vor der Entlassung nicht über die Pflege informiert werden	15	15
... nicht klar ist, bei welchen Anzeichen sie erneut zum Arzt gehen müssen	13	14
... mit Ärzten keine vertraulichen Gespräche möglich sind	19	10
... Ärzte außerhalb der Visite nicht ansprechbar sind	22	13
... im Zimmer schwerkranke Mitpatienten liegen	12	12
... sie keine Information vor größeren Untersuchungen erhalten	12	12
... Ärzte ihnen die Informationen nicht vollständig mitteilen	12	12
... sie keinen Ansprechpartner für Sorgen haben	11	11
... Pflegende bei Rufzeichen nicht gleich kommen (Hilfe bei ATLS)	11	10
... Ärzte sie nicht verständlich über ihre Krankheit informieren	10	10
... der Spitalaufenthalt zu lang oder zu kurz ist	12	10

Tab. 1 Soziodemographische Angaben der Patienten in Basel und Aarau (zu 100% fehlende Prozentwerte = k. Angabe)

Patientencharakteristika	Basel: Anteile in %	Aarau: Anteile in %
<b>Alter der PatientInnen</b>		
16 – 20 J.	0,6	2,8
21 – 29 J.	2,7	9,7
30 – 39 J.	11,8	18,8
40 – 49 J.	16,0	13,8
50 – 59 J.	15,4	14,7
60 – 69 J.	25,7	21,3
70 – 79 J.	21,0	14,4
80 Jahre und älter	6,2	3,8
<b>Geschlecht</b>		
weiblich	53,0	50,9
männlich	44,1	48,4
<b>Ausbildung</b>		
niedrig (Primarschule, Anlehre)	13,6	16,9
mittel (Berufslehre)	51,5	55,9
hoch (Gymnasium, Technikum, Studium)	26,6	16,5
<b>allein lebend</b>		
nein	72,8	82,8
ja	24,0	15,0
<b>Muttersprache Deutsch</b>		
ja	87,0	90,6
nein	10,4	8,1
<b>Berufstätigkeit</b>		
berufstätig	38,5	42,8
RentnerIn, Hausfrau	54,7	50,3
Ausbildung, arbeitslos, ohne Beruf	4,4	5,3
<b>Versicherung</b>		
Kasse	72,5	82,2
privat	23,0	17,2

Tab. 3 Liste der Fragebogenitems, bei denen mehr als 20% der Patienten in Basel, die von einer bestimmten Problemstellung oder Situation betroffen waren, Defizite angeben

Fragebogen-Items, in denen 20% der Patienten ein Defizit nannten <i>n</i> = relevantes <i>n</i> als defizitär erleben Patienten, wenn ...	Anzahl betroffener Patienten	Defizit-Nennungen in %
... sie keine Hilfe bei finanziellen Problemen erhalten	46	67
... ihnen die Nebenwirkungen der Medikamente nicht erklärt werden	312	50
... Hilfspersonen vor der Entlassung nicht über die Pflege informiert werden	103	50
... ihnen nicht mitgeteilt wird, ob ein bestimmter Arzt für sie zuständig ist...	338	47
... im Zimmer schwerkranke Mitpatienten liegen	92	43
... sie bei der Aufnahme >15 Minuten auf die Untersuchung warten müssen	275	43
... ihnen bei der Aufnahme der Tagesablauf nicht erklärt wird	258	39
... Ärzte außerhalb der Visite nicht ansprechbar sind	197	38
... sie vor der Entlassung keine Hilfe bei Problemen bekommen	86	35
... man sich bei der Visite ohne ihre Beteiligung unterhält (hat sie gestört)	56	34
... sie bei der Behandlung nicht mitentscheiden können	317	33
... Pflegende nicht genügend Zeit für sie haben	254	28
... sie vor der Entlassung keine Aufklärung über ATLS erhalten	254	26
... die Operation nicht wie zeitlich geplant stattfindet	213	25
... mit Ärzten keine vertraulichen Gespräche möglich sind	255	25
... ihnen Medikamente nicht erklärt werden	317	24
... Ärzte nicht einfühlsam und rücksichtsvoll sind	335	24
... sie keine Information vor größeren Untersuchungen erhalten	311	23
... ihnen Untersuchungsergebnisse nicht erklärt werden	311	21
... sie keinen Ansprechpartner für Sorgen haben	189	20
... nicht klar ist, bei welchen Anzeichen sie erneut zum Arzt gehen müssen	225	20

lung absoluter Häufigkeiten vermuten lässt. So tauchen Defizite auf, die nur bei einer kleinen Anzahl von Patienten relevant sind, wie z. B. der Bereich Hilfe bei finanziellen Sorgen. Dieser Befund lässt auf eine nicht optimale Allokation der Ressourcen innerhalb eines Spitals schließen: Diejenigen Patienten, die in besonderem Maße auf eine Beratung durch den Sozialdienst angewiesen wären, erhalten diese Beratung anscheinend überwiegend nicht. Zum anderen unterstreicht es die kommunikativen Defizite, die sich bezogen auf alle Patienten ergeben hatten: Vor allem im Zusammenhang mit der Entlassung und bei Patienten, die nach dem Spitalaufenthalt noch einer weiteren Betreuung bedürfen, wird die Kompetenz der Spitalmitarbeiter, sich mit den nachbetreuenden Familienangehörigen oder Fachpersonen zu vernetzen, als nicht ausreichend erlebt.

Tab. 4 Liste der Fragebogenitems, bei denen mehr als 20% der Patienten in Aarau, die von einer bestimmten Problemstellung oder Situation betroffen waren, Defizite angeben

Fragebogenitems, in denen 20% der Patienten ein Defizit nannte <i>n</i> = relevantes <i>n</i> Als defizitär erleben Patienten, wenn ...	Anzahl betroffener Patienten	Defizit-Nennungen in %
... sie keine Hilfe bei finanziellen Problemen erhalten	34	62
... Hilfspersonen vor der Entlassung nicht über die Pflege informiert werden	109	61
... ihnen die Nebenwirkungen der Medikamente nicht erklärt werden	267	52
... im Zimmer schwerkranke Mitpatienten liegen	42	48
... sie bei der Aufnahme > 15 Minuten auf die Untersuchung warten müssen	208	46
... Ärzte außerhalb der Visite nicht ansprechbar sind	126	34
... ihnen nicht mitgeteilt wird, ob ein bestimmter Arzt für sie zuständig ist	319	33
... man sich bei der Visite ohne ihre Beteiligung unterhält (hat sie gestört)	19	32
... ihnen bei der Aufnahme der Tagesablauf nicht erklärt wird	262	27
... ihnen Medikamente nicht erklärt werden	284	23
... sie keinen Ansprechpartner für Sorgen haben	65	23
... ihnen Untersuchungsergebnisse nicht erklärt werden	247	21
... sie zu wenig oder zu viel Einfluss auf die Behandlung im Spital hatten	302	20

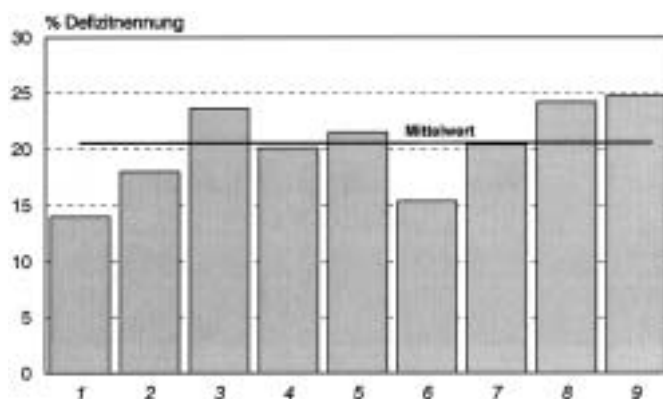


Abb. 1 Gesamtindex aller Defizite (Summe aller Defizitnennungen) über alle beteiligten Stationen in Basel (Querstrich: Mittelwert des Spitals).

**Verteilung der Defizitnennungen auf die einzelnen Stationen**  
Wenn ein Fragebogen Defizite aufzeigen soll, um der Spitalleitung Hinweise darauf zu geben, wo am ehesten qualitätsverbessernde Maßnahmen einsetzen sollen, dann muss er die spezifischen Stärken und Schwächen einzelner Stationen abbilden können.

Abb. 1 u. 2 zeigen am Beispiel des Gesamtscores der Defizite aus Basel und Aarau, dass sich tatsächlich deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Stationen ergeben.



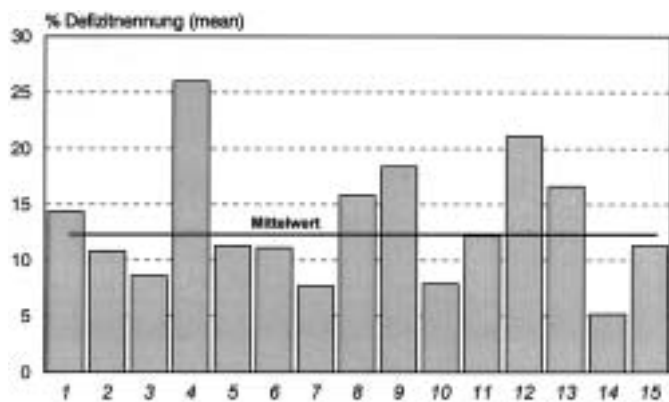


Abb. 2 Gesamtindex aller Defizite (Summe aller Defizitnennungen) über alle beteiligten Stationen in Aarau (Querstrich: Mittelwert des Spitals).

## Diskussion

### Zur Validität des Fragebogens

Grundsätzlich ist positiv anzumerken, dass der ursprünglich englischsprachige Fragebogen patientenorientiert entwickelt wurde: Er greift die Rückmeldungen von Patientinnen und Patienten in Spitälern auf, die diese in Fokusgruppen geäußert haben. Wie die Ergebnisse zeigen, scheint er auch aus der Sicht von Schweizer Patienten relevante Bereiche abzubilden.

### Zur Selektion der Patienten

Die soziodemographischen Charakteristika der Studienpopulation entsprechen der typischen Klientel in den beiden Spitälern. Signifikant unterrepräsentiert sind sicher Patientinnen und Patienten, die nicht ausreichend Deutsch sprechen. Diese machen in Basel, einem Kanton mit einem großen Anteil ausländischer Wohnbevölkerung (>30%), gemäß einer spontanen Umfrage zum Zeitpunkt der Fertigstellung dieses Manuskriptes auf den internistischen und neurologischen Stationen zwischen 10 und 20% der stationären Patienten aus. Es ist zu erwarten, dass diese Patienten, die einem fremden Kultur- und Sprachraum entstammen, eher mehr Probleme im Bereich Kommunikation, Aufklärung etc. haben werden als die gut Deutsch sprechende Untersuchungsgruppe. Eine Konsequenz aus diesem Defizit in der hier vorliegenden Erhebung ist die in der Zwischenzeit erfolgte Entwicklung einer türkischen und einer serbokroatischen Version des Fragebogens.

### Zu den wesentlichen Ergebnissen

Die Daten verweisen auf die Bedeutung von kommunikativen Fertigkeiten für die Qualität der Versorgung von Patienten im Spital. Dies liegt sicher auch daran, dass der Fragebogen vor allem auf diesen Bereich des Spitalaufenthaltes fokussiert; die Auswahl der Fragen basiert aber, wie dargestellt, auf den Aussagen von Patienten, die in Fokusgruppen über ihre Erfahrungen im Spital berichtet haben. Wir haben in Basel speziell Visitenenerfahrungen mit Pflegenden, Ärzten und Patienten in solchen Fokusgruppen reflektiert und in diesem Rahmen ähnliche Schwerpunkte feststellen können: Patienten erleben die eigentliche technische Versorgung als sehr gut, sie erleben die Pflegenden und die Ärzte als fachlich kompetent. Sie beklagen sich allerdings über Defizite in der persönlichen Ansprache, die sich letztlich unter dem übergreifenden Thema fassen lassen: „Ich möchte

als Individuum wahrgenommen werden. Vielleicht brauche ausgerechnet ich etwas, was andere Patienten in meiner Situation nicht benötigen.“

Hervorzuheben ist die differenzierte Beschreibung einzelner Stationen in den Defizitbeschreibungen. Hier ergeben sich bei der detaillierteren ereignisorientierten Defiziterhebung interpretierbare Unterschiede zwischen den einzelnen Stationen. Dies sollte auf keinen Fall im Sinne eines spitalinternen Benchmarking dazu führen, dass bestimmte Stationen als definitiv „schlechter“ abqualifiziert werden: Die Ergebnisse zeigen zunächst nur auf, dass auf der Station A z. B. im Bereich „Erklärungen vor diagnostischen Eingriffen“ mehr Defizite erlebt werden als auf Station B. Dies kann daran liegen, dass tatsächlich die Information vor Eingriffen schlecht ist, es kann aber auch bedeuten, dass auf Station A schlicht mehr Eingriffe vorgenommen werden als auf Station B.

Für die handlungsorientierte Interpretation der Daten bedarf es also einer detaillierten Kenntnis der Abläufe und Charakteristika einzelner Stationen, mithin eines Hintergrundwissens, das meistens den (externen) Durchführenden einer Befragung nicht zur Verfügung steht. Daher sind Untersuchungen wie die hier vorgestellten auf die Existenz eines kompetenten Gremiums auf Seiten des untersuchten Spitals angewiesen, das verantwortungsbewusst mit den Rückmeldungen der Patienten umgeht und sich vor einer vorschnellen Bewertung der Ergebnisse hütet.

Die Ergebnisse zeigen insgesamt, dass die Kommunikation zwischen professionellen Helfern und Patienten im Spital als der Bereich wahrgenommen wird, in dem wesentliche Defizite auftreten. Programme, die die Kommunikationsfertigkeiten von Pflegenden und Ärzten verbessern (z. B. [5]), sind also durchaus im Sinne der Spitalpatienten. Sie sind zudem offenkundig das Gebiet, auf dem einzelne Spitäler versuchen könnten, für Patienten wahrnehmbare Verbesserungen im Angebot ihrer Versorgungsleistungen zu erreichen, Investitionen in diesem Bereich sollten sich also auch aus Sicht der Spitalverantwortlichen rentieren.

## Literatur

- Putnam SM, Stiles WB, Casey Jacob M, James SA. Teaching the medical interview. An intervention study. *J Gen Int Med* 1988; 3: 38–47
- Cohen-Cole SA, Boker J, Bird J, Folks D, Raczynski J, Hain J, Palmer R, Lorish Ch, Freeman A. Psychiatric education improves internists' knowledge: A three-year randomized, controlled evaluation. *Psychosom Med* 1993; 55: 212–218
- Smith RC, Mettler JA, Stöffelmayr BE, Lyles JS, Marshall AA, van Egeren LF, Osborn GG, Shebroe V. Improving residents' confidence in using psychosocial skills. *J Gen Intern Med* 1995; 10: 315–320
- Levinson W, Roter D. The effects of two continuing medical education programs on communication skills of practicing primary care physicians. *J Gen Int Med* 1993; 8: 318–324
- Langewitz WA, Eich P, Kiss A, Wössmer B. Improving Communication Skills – A Randomized Controlled Behaviorally Oriented Intervention Study for Residents in Internal Medicine. *Psychosom Med* 1998; 60: 268–276
- Kaplan SH, Gandek B, Greenfield S, Rogers W, Ware JE. Patient and visit characteristics related to physicians' participatory decision-making style. Results from the Medical Outcomes Study. *Med Care* 1995; 33 (12): 1176–1187
- Brody DS, Miller SM, Lerman CE, Smith DG, Caputo GC. Patient perception of involvement in medical care. *J Gen Intern Med* 1989; 4: 506–511

- <sup>8</sup> Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Medical Care* 1989; 27: 110–126
- <sup>9</sup> Greenfield S, Kaplan SH, Ware JE, Martin Yano E, Frank HJL. Patients' participation in medical care: effects on blood sugar control and quality of life in diabetes. *J Gen Int Med* 1988; 3: 448–457
- <sup>10</sup> Matthews DA, Feinstein AR. A new instrument for patients' ratings of physician performance in the hospital setting. *J Gen Intern Med* 1989; 4: 14–22
- <sup>11</sup> Roberts JG, Tugwell P. Comparison of questionnaires determining patient satisfaction with medical care. *Health Serv Res* 1987; 22: 637–654
- <sup>12</sup> Merkel WT. Physician perception of patient satisfaction: Do doctors know which patients are satisfied? *Med Care* 1984; 22: 453–459
- <sup>13</sup> Langewitz W, Keller A, Denz M, Wössmer Buntschu B, Kiss A. Patientenzufriedenheitsfragebogen (PZF): Ein taugliches Mittel zur Qualitätskontrolle der Arzt-Patient-Beziehung? *Psychother Psychosom med Psychol* 1995; 45: 351–357
- <sup>14</sup> Delbanco TL, Stokes DM, Cleary PD, Edgman-Levitan S, Walker JD, Gerstein M, Daley J. Medical patients' assessments of their care during hospitalization: insights for internists. *J Gen Intern Med* 1995; 10: 679–685
- <sup>15</sup> Cleary PD, Edgman-Levitan S, Roberts M, Moloney TW, McMullen W, Walker JD, Delbanco TL. Patients evaluate their hospital care: a national survey. *Health Affairs* 1991; 10: 254–267
- <sup>16</sup> Charles C et al. How was your hospital stay? Patients' reports about their care in Canadian hospitals. *Can Med Assoc J* 1994; 150: 1813–1822
- <sup>17</sup> Bruster S et al. National survey of hospital patients. *Br Med J* 1994; 309: 1542–1546
- <sup>18</sup> Straub C, Arnold MM, Selbmann HK. Patientenorientierte Versorgung im Krankenhaus, Bericht 1/1998. Tübingen: Inst. f. Med. Informationsverarbeitung der Univ., 1998
- <sup>19</sup> Blumenstock G, Straub C, Selbmann HK. Die Tübinger Pilotstudie zur „Patientenorientierten Versorgung im Krankenhaus“. In: Satzinger W et al. (Hrsg): Patientenbefragungen in Krankenhäusern. St. Augustin: Asgard-Verlag Hippe, 2001 (in press)
- <sup>20</sup> Norusis MJ. SPSS Inc.: SPSS for windows base system users guide. Release 6.0. Prentice Hall: Englewood Cliffs, 1993

## Buchbesprechung

### HAUTNAH – Im psychoanalytischen Dialog mit Hautkranken.

Christina Detig-Kohler

2002. 237 S., Kart. (Bibliothek der Psychoanalyse, Psychosozial-Verlag, Gießen.) €24,90, ISBN 3-89806-100-0

In keinem anderen klinischen Fach ist „Psychosomatik“ so sicher verankert wie in der Dermatologie. Die Renaissance etwa des Begriffes „Neurodermitis“, als Bezeichnung eines primär psychophysiologischen Geschehens, unterstreicht die Bedeutung, die eine psychosomatische Sichtweise in diesem Fach erlangt hat. Entscheidend hierfür war und ist die Arbeit des Arbeitskreises Psychosomatische Dermatologie (APD), der innerhalb der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG) sicher etabliert ist. Die langjährige stellvertretende Vorsitzende Christina Detig-Kohler legt nun ein vor allem klinisch orientiertes Werk zur Psychotherapie von Hautkranken vor. Es richtet sich vor allem an psychosomatisch orientierte Psychotherapeuten, die den Grenzgang zur somatischen Medizin nicht scheuen. Die anspruchsvolle theoretische Fundierung Detig-Kohlers therapeutischer Praxis mit Hautkranken wirkt überzeugend, zumal das Konzept des Haut-Ich von Didier Anzieu selten so gut ausgearbeitet wurde wie in diesem Werk. Neben einer kurzen Einleitung findet sich im Buch ein theoretischer Teil, in dem „Metaphern der Haut“ in ihrer klinischen Bedeutung ausgearbeitet werden, wobei die Haut in ihrer Bedeutung als Grenz-, Ausdrucks-, Kontakt- und Wahrnehmungsorgan beschrieben und eine Theorie der Somatisierungsprozesse vorgelegt wird. Im zweiten Teil, der umfangreiches kasuistisches Material vorlegt, gelingt es der Autorin, gleichsam in einer Gratwanderung zwischen intensiver Einzelstudie psychoanalytischer Prozesse und kurzen Momentaufnahmen aus psychodynamisch orientierten Beratungen den klinischen Kurzkontakt mit psychodermatologischen Patienten zu skizzieren und gleichzeitig diese Beobachtungen in Übertragung und Gegenübertragung bezogen auf ein tiefergehendes Prozessverständnis auszuarbeiten. Das Buch liest sich flüssig, wirkt weder überfrachtet von Theorie, noch im rein erzählerischen Gestus befangen. Aus dem Blickwinkel der von der psychoanalytischen Objektpsychologie in der Tradition von Bions beeinflussten Theorie Anzieus argumentierend, gelingt es der Autorin, das klinische Material in einen theoretischen Rahmen zu stellen und damit zu unaufdringlich zu strukturieren. Die Schönheit der Sprache kann dabei oft über die traumatischen Erlebnisse, die in den Falldarstellungen auftauchen, hinwegtrösten, so dass die Balance zwischen Lesbarkeit und Betroffenheit stets gewahrt bleibt. Insgesamt ein gut geschriebenes, fundiertes, nicht überfrachtetes Buch zur Psychosomatik der Hauterkrankungen. Die dort geschilderten therapeutischen Erfahrungen können auch paradigmatisch auf andere Felder psychosomatischen Handelns übertragen werden.

Burkhard Brosig, Gießen