

Patientenbefragung im Spital: Revalidierung und Optimierung eines Erhebungsinstrumentes

Patient Opinion Surveys in the Hospital: Revalidation and Improvement of a Questionnaire

Zusammenfassung

Patientenbefragungen im Spital bilden die empirische Grundlage für konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsleistungen eines Krankenhauses. Von entscheidender Bedeutung ist es, die Validität des Erhebungsinstrumentes zu sichern. Bei der Umsetzung der Ergebnisse in konkrete Veränderungsschritte stellt sich die Frage, wie das umfangreiche Datenmaterial so dargestellt werden kann, dass es von Qualitätsverantwortlichen sinnvoll aufgenommen wird und schnell kommuniziert werden kann. In der vorliegenden Untersuchung an 658 Patienten aus zwei Schweizerischen Zentrumsspitalern (Versand der Bogen: zwei Wochen nach Entlassung, Rücklauf über 75%) wird über eine Faktorenanalyse und anschließende Überprüfung der Skalenreliabilität der Dimensionen bei einem ursprünglich in den USA entwickelten Fragebogen berichtet. Die Analyse der ursprünglich 37 ereignisbezogenen Defizitfragen ergab eine auf 25 Items reduzierte 3-Faktoren-Lösung, mit der insgesamt 34,4% der Varianz aufgeklärt wurden. Die Faktoren lassen sich beschreiben als 1. Information und Aufklärung (9 Einzelfragen, erklärte Varianz: 13,0%), 2. Teilhabe und Mitbestimmung (11 Einzelfragen, erklärte Varianz: 11,2%) und 3. Pflegequalität (5 Einzelfragen, erklärte Varianz: 10,2%). Reliabilitätsanalysen dieser Skalen zeigen mit Werten von 0,75, 0,72 und 0,69 für Cronbachs α eine befriedigende bis gute interne Konsistenz. Wie flankierende Analysen zeigen, geht die Reduktion des Itempools um 12 Fragen nicht mit einem wesentlichen Informationsverlust einher. Für die Validität der Faktoren spricht weiter, dass einzelne Stationen sehr unterschiedlich bewertet werden. Damit ist ein differenziertes Abbild von Leistungsbereichen möglich, aufgrund

Abstract

Measures to improve quality of care in hospitals should best be based upon the results of patient surveys. The present paper reports in the validation of a questionnaire originally developed in the US in 658 patients from two Swiss hospitals in a tertiary care setting. Questionnaires were sent out two weeks after release from hospital, more than 75 percent of questionnaires were returned. Based upon the experience that feedback of many single items rarely results in distinct actions to improve quality of care a factor analysis followed by an analysis of reliability was undertaken to validate the instrument and to reduce the amount of information, to help hospital officials to deal with the data, and finally to reduce the number of items in the questionnaire. Factor analysis revealed a 3-factor-solution based upon 25 out of 37 deficit-oriented questions, explaining 34.4% of total variance. The factors can be described as: 1. Patient information (9 items; explained variance: 13.0%); 2. Patient involvement and shared decision making (11 items; explained variance: 11.2%); 3. Nursing quality (5 items; explained variance: 10.2%). Cronbach's α values of these scales are 0.75, 0.72, and 0.69, respectively. As further analyses show, reducing the item pool does not lead to the loss of relevant information. Single wards show substantial differences in scores based on these factors (e.g. between 10 and 27 percent deficit in factor 2). The sensitivity of the factors in describing specific profiles of single wards will help to target measures to improve quality of care to those wards where improvement is most utterly needed.

Institutsangaben

¹ GEB (Gesellschaft für Empirische Beratung), Freiburg

² Zentrale Dienste, Qualität und Pflege, Kantonsspital Basel, Schweiz

³ Abteilung Psychosomatik/Innere Medizin, Kantonsspital Basel, Schweiz

Korrespondenzadresse

Dr. Matthias Nübling · GEB: Gesellschaft für Empirische Beratung · Hauptstraße 67.1 · 79211 Denzlingen · E-mail: nuebling@empirische-beratung.de

Eingegangen: 23. Juli 2001 · **Angenommen:** 12. Juli 2002

Bibliografie

Psychother Psych Med 2003; 53: 236–242 © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York · ISSN 0937-2032

Einleitung und Stand der Forschung

Das Ziel von Patientenbefragungen im Krankenhaus besteht in erster Linie in der Erhebung von Bewertungsdaten zur Leistung des Spitals aus der Sicht seiner „Kunden“, der Patienten. Patientenbefragungen sind damit eine der Grundlagen für ein konsequentes Qualitätsmanagement im Spital. Anschließend müssen die Ergebnisse ausgewertet und interpretiert werden, um letztlich Handlungsziele zu formulieren. Als nächster Schritt folgt die Umsetzung in konkrete Maßnahmen im Spital (Ergebnistransfer). Als letzter Schritt sollte z.B. durch eine Wiederholungsmessung evaluiert werden, ob die Interventionen den gewünschten Effekt zeigen. Daher sind nach dem EFQM-Modell oder anderen Qualitätssicherungsprogrammen regelmäßige Wiederholungen solcher Erhebungen zur Evaluation des Leistungsangebotes und der durchgeführten Maßnahmen notwendig [1].

Außer einer Interpretation der erzielten „Kunden“-Bewertungen im Spital insgesamt bietet sich – nach Sicherung der grundsätzlichen Vergleichbarkeit der Einheiten – ein Vergleich der Messwerte an:

- zwischen einzelnen Untereinheiten, z.B. Kliniken, Abteilungen oder Stationen (internes benchmarking),
- mit den Ergebnissen anderer (ähnlicher) Häuser (externes benchmarking) oder
- im zeitlichen Ablauf (zur Interventionskontrolle).

Internationale Erfahrungen mit Patientenbefragungen in den letzten Jahrzehnten (z.B. [2–16]) haben zu einer Verbesserung und einer gewissen inhaltlichen Annäherung der Instrumente geführt, obwohl auch weiterhin eine Vielzahl von Herangehensweisen nebeneinander existieren.

Methodische Weiterentwicklungen

Konkretisierung der Fragen: Bei allgemeiner oder pauschaler Fragestellung werden durchgängig sehr hohe Zufriedenheitsraten gemessen („Deckeneffekte“), aus denen sich keine differenzierten Hinweise auf sinnvolle Handlungsfelder ableiten lassen. Dieser Problematik kann zumindest teilweise dadurch begegnet werden, dass Bewertungen nicht (mehr) anhand von summarischen Fragen, sondern anhand von Fragebatterien oder mehreren Einzelaussagen zu verschiedenen Teildimensionen der Spitalqualität abgefragt werden („Multiattributverfahren“).

Einstufung der Wichtigkeit von Defizitnennungen: Die Bewertung der Versorgungsleistung des Spitals in Form von Einzelaussagen durch die Patienten sagt noch nichts darüber aus, welche Relevanz vorhandene oder fehlende Qualität in diesem Bereich für den Patienten hat. Dieser Problematik wird durch verschiedene Formen der Messung der Wichtigkeit oder des Idealzustandes begegnet („Zweikomponentenansatz“). Eine überzeugende Klassifikation der Methoden zur Messung von Qualität mit weiteren hier nicht näher ausführbaren Differenzierungsachsen (z.B. ein-

stellungsorientierte Messung oder zufriedenheitsorientierte Messung) findet sich bei Hentschel [17].

Die beiden genannten Techniken ermöglichen es, in einer „Bedeutungs-Eindrucks-Analyse“ (Martilla u. James [18]; deutsche Übersetzung nach Hentschel, [17]) Defizite zum einen relativ detailliert zu messen und zum anderen hinsichtlich ihrer Relevanz aus Patientensicht einzustufen. Damit können relativ konkrete und detaillierte Handlungsprioritäten formuliert und dem Spitalmanagement zur Umsetzung vorgeschlagen werden, was bei undifferenzierten Kurzbefragungen nicht möglich ist.

Trotzdem schlagen manche Autoren, zuletzt Burroughs et al. [19], die Verwendung von Kurzfragebogen vor, um zunächst die Teildimensionen zu ergründen, in denen Handlungsbedarf gegeben ist. Danach soll eine detaillierte Analyse der Defizite mittels Fokusgruppen oder Patienteninterviews in einer „root-cause-analysis“ erfolgen. Die Forschung der letzten Jahrzehnte hat aber die wichtigsten Problemfelder schon so weit konkretisiert (man ist schon weiter als bei den von Burroughs genannten „smoke signals“), dass u.E. gerade für die zentralen Bereiche eine detaillierte Erhebung mit einem validierten Instrument schon im ersten Schritt erfolgen kann.

Methodisch problematisch ist allerdings bei vielen Instrumenten, dass keine dokumentierte Analyse der Validität der Inhalte und Messindikatoren vorliegt. Gleiches gilt für die Zuverlässigkeit von Skalen, die zwar häufig bei der Aggregation von Einzelitems benutzt werden, deren Skalenreliabilität aber oft nicht empirisch überprüft oder belegt wird [20–22]. Der aktuelle Stand der Diskussion zu Möglichkeiten und Grenzen von Patientenbefragungen im stationären Sektor wird in einem Übersichtsartikel von Jacob u. Bengel [23] sowie in einem Sammelband von Satzinger et al. [24] ausführlich dargestellt.

In der vorliegenden Arbeit werden die Ergebnisse einer Patientenbefragung mit einem an wahrgenommenen Defiziten orientierten Fragebogen hinsichtlich ihrer Faktorenstruktur analysiert. Zudem wird mittels Reliabilitätsanalyse die interne Konsistenz dieser Qualitätsdimensionen und mittels Regressionsanalysen die Validität des Katalogs der Einzelitems überprüft. Der Beitrag zielt damit auf die Diskussion der Möglichkeiten bei fragebogenbasierten Patientenbefragungen, es geht um den bestmöglichen Einsatz und die Optimierung derartiger Instrumente; ein Methodenvergleich mit anderen – aufwändigeren – Erhebungstechniken wie mündlichen Interviews o.ä. findet hier nicht statt.

Methoden

Bei 1997 in der deutschsprachigen Schweiz in zwei Kantonsspitalern durchgeführten Patientenbefragungen wurde ein Befragungsinstrument eingesetzt, das inhaltlich auf einem über Fokusgruppen entwickelten Fragebogen von Cleary et al. [4] und

Delbanco et al. [6] beruht und zuvor ins Deutsche übersetzt und in Deutschland validiert worden war (Arbeitsgruppe der „Stiftungsprofessur Gesundheitssystemforschung“ in Tübingen in Kooperation mit dem Institut für Demoskopie Allensbach [25]).

Der Fragebogen wurde sowohl inhaltlich als auch begrifflich an schweizerische Verhältnisse angepasst (z. B. bei Fragen nach Versicherungsart oder Schulabschluss). Die in den Vorläuferversionen des Instrumentes in den USA und Deutschland generierten Items wurden aber soweit als möglich beibehalten. Der Fragebogen wurde den Patienten zwei Wochen nach der Entlassung aus dem Spital zugesandt.

Das Kernstück des Bogens bilden mehrere Gruppen vorformulierter Aussagen zu Teilbereichen des Spitalaufenthaltes, deren Anordnung im Fragebogen dem zeitlichen Verlauf eines Klinikaufenthaltes folgt: Aufnahmesituation, Zeit auf der Bettenstation und Ende des stationären Aufenthaltes. Die Items sind im „reporting“-Stil formuliert, d. h. den Patienten werden Aussagen vorgelegt, zu denen sie jeweils angeben sollen, ob und z. T. in welchem Umfang diese Aussagen auf ihren Aufenthalt zutreffen. Die Anzahl der vorgegebenen Antwortkategorien variiert je nach Frage. Inhaltlich betreffen die Aussagen die Bereiche: ärztliche Versorgung, pflegerische Versorgung, Information und Mitbestimmung, Vertrauen und Respekt, Schmerzmanagement sowie Vorbereitung auf die Entlassung. Flankiert werden die Reporting-Fragen durch Items im „evaluating“-Stil. Hier sollte eine Bewertung zum Spitalaufenthalt insgesamt oder zu Teilbereichen abgegeben werden. Am Ende des Bogens werden einige wichtige soziodemografische Rahmendaten erhoben, außerdem haben die Befragten die Möglichkeit, Verbesserungsvorschläge und Kritik oder Bemerkungen in Textfelder (offene Fragen) einzutragen.

Insgesamt nahmen bei der Befragung 1997 in den beiden Spitälern zusammen $n = 658$ Patienten ($n = 338$, 9 Stationen, $n = 320$, 7 Stationen; Rücklaufquote insgesamt: 79,1%) teil. Der Frauenanteil beträgt insgesamt 52,9%, 53,3% der teilnehmenden Patientinnen und Patienten sind unter 60 Jahre alt, 46,7% 60 Jahre und älter (zu weiteren Stichprobenparametern und den deskriptiven Ergebnissen siehe: [26,27]).

Statistik

Auf der Datenbasis der Gesamtstichprobe von $n = 658$ Patienten wurden verschiedene statistische Testverfahren, insbesondere zur Validität und Reliabilität, durchgeführt, mit dem Ziel, das Messinstrument anhand der Schweizer Daten erneut zu validieren und gegebenenfalls zu kürzen oder anzupassen. Verwendet wurde das Analysepaket SPSS [28]. Zudem sollte der Fragebogen durch die Hinzunahme neuer Items inhaltlich der gewandelten Situation in der stationären Pflege angepasst werden.

Im ersten Schritt wurden die Antwortmöglichkeiten bei allen Fragestellungen mit Bezug auf die Nennung von Defiziten dichotomisiert, d. h. alle je Frage vorgegebenen Antwortkategorien wurden einer der beiden Gruppen „Defizit genannt“ oder „kein Defizit genannt“ zugeteilt.

Mit diesen Variablen wurde dann zunächst eine Faktorenanalyse durchgeführt, mit dem Ziel, Dimensionen für die Wahrnehmung

von Defiziten (bzw. im Umkehrschluss für die Wahrnehmung von guter Qualität) zu ermitteln.

Es wurde eine Hauptkomponentenanalyse (PCA) mit orthogonaler Rotation der Faktoren durchgeführt (Varimax-Rotation). Die Faktorenanzahl wurde anhand des scree-Tests festgelegt. Die endgültige Lösung wurde durch sukzessive Eliminierung schlecht passender Items (Kommunalität $< 0,2$ oder maximale Faktorladung $< 0,3$) generiert [29].

Variablen, die nicht in die Faktorenstruktur und damit zu keiner der Dimensionen passten, wurden als Kandidaten für eine Fragebogenstraffung definiert.

Die Skalentauglichkeit der ermittelten Dimensionen wurde anhand einer Reliabilitätsanalyse überprüft. Als Gütekriterium für die interne Konsistenz der Skalen galt ein hoher Cronbachs α (0,7 oder höher). Einzelne Items waren nicht skalentauglich, falls sie geringe Korrelationen zum Gesamtscore ihrer Dimension aufwiesen (item total correlation $< 0,3$) oder ihr Entfernen Cronbachs α erhöhte [29,30].

Flankierend zu diesem Analyseblock wurde eine Validitätsprüfung der Einzelitems hinsichtlich einiger Parameter der Gesamtzufriedenheit (s. u.) durchgeführt. Mittels multipler linearer Regressionsanalysen der Einzeldefizite auf die Messgrößen der Gesamtzufriedenheit konnte statistisch festgestellt werden, welche Einzeldefizite den größten Einfluss auf die Ausprägung der Gesamtzufriedenheit haben, d. h. besonders wichtig sind (indirekte Wichtigkeitsmessung über Höhe der β -Koeffizienten in der multiplen linearen Regression). Umgekehrt wurden Items, die im multivariaten Modell sehr wenig zusätzliche Erklärungskraft aufwiesen, als Ausschlusskandidaten definiert.

Tatsächlich aus dem Instrument gestrichen wurden Fragen schlussendlich aber nur, wenn sie die drei folgenden Bedingungen erfüllten:

- Ausschlusskandidat laut Faktorenanalyse *und*
- fehlende Relevanz bei mindestens vier der fünf pauschalen Zufriedenheitsmessgrößen *und*
- Ausschluss nach inhaltlicher Prüfung durch das Forschungsteam.

In einem letzten Schritt der Fragebogenüberarbeitung wurde die Hinzunahme neuer Fragestellungen geprüft, einerseits um den Fragebogen an neuere Entwicklungen in der stationären Versorgung anzupassen, andererseits, um neueren methodischen Ansätzen Rechnung zu tragen.

Ergebnisse

Die mit den 37 dichotomisierten Defizit- bzw. Qualitätsvariablen durchgeführte Faktorenanalyse (analysiert wurden nur Items im Reporting-Stil) mündete nach dem beschriebenen Verfahren in eine statistisch sinnvolle 3-Faktoren-Lösung (Tab. 1) mit 25 verbliebenen Variablen und einer erklärten Varianz von insgesamt 34,4%. Bei einer Reduktion von 25 Variablen auf drei Dimensionen kann dies als recht gute Lösung gelten.

Tab. 1 Faktorladungen über 0,3 (Doppelladungen *kursiv*) und Kommunalitäten (3-Faktoren-Lösung)

Fragestellung (gekürzt)	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Komm.
Nebenwirkungen Medikamente erklärt	0,653			0,44
Einnahme und Wirkung Medikamente erklärt	0,645			0,43
Vorbereitung auf Entlassung	0,611			0,39
Informationen zu Umgang mit Erkrankung im Alltag	0,598			0,37
Untersuchungsergebnisse erklärt	0,495			0,33
Operationsergebnisse erklärt	0,488			0,25
Anleitung Hilfsperson zu Hause	0,469			0,23
Erläuterung Abläufe auf Station	0,439			0,24
Erläuterungen vor größeren Untersuchungen	0,439	<i>0,350</i>		0,32
Gefühl, Ärzte halten Informationen zurück		0,617		0,40
Untersuchung ohne vorherige Erläuterung		0,587		0,36
Unterhaltung, als wäre PatientIn nicht da		0,514		0,32
vertrauliche Gespräche mit Ärzten möglich		0,492		0,33
Ärzte: Fragen verständlich beantwortet	<i>0,376</i>	0,471		0,37
sich stören an Unterhaltung über Kopf hinweg		0,461		0,27
Pflegeverrichtungen ohne vorherige Erläuterung		0,455		0,24
Ärzte außerhalb Visite erreichbar		0,405		0,26
Einflussmöglichkeiten bei Entscheidungen (zu viel/zu wenig vs. richtig)	<i>0,330</i>	0,401		0,27
Verabreichung Schmerzmittel rechtzeitig		0,397	<i>0,396</i>	0,33
AnsprechpartnerIn für Sorgen und Ängste		0,359		0,20
schnelle Reaktion Pflege auf Klingeln			0,743	0,57
Erreichbarkeit Pflegepersonal			0,700	0,54
schnelle Reaktion Pflege bei Unterstützungsbedarf			0,643	0,45
ausreichend Zeit Pflege			0,604	0,42
Wartezeit bis Verabreichung Schmerzmittel			0,489	0,27

3-Faktoren-Lösung: erklärte Varianz gesamt: 34,4%; rotierte Lösung: Faktor 1: 13,0%, Faktor 2: 11,2%, Faktor 3: 10,2%; anfängliche Eigenwerte: Faktor 1: 4,9, Faktor 2: 2,2, Faktor 3: 1,6 (des Weiteren: Faktor 4: 1,3, Faktor 5: 1,2, Faktor 6: 1,1, Faktor 7: 1,0, Faktor 8: < 1,0)

Die rotierten Faktoren in Tab. 1 lassen sich mit den semantischen Oberbegriffen:

- Faktor 1: Information und Aufklärung (9 Einzelfragen),
- Faktor 2: Teilhabe und Mitbestimmung (11 Einzelfragen),
- Faktor 3: Pflegequalität (5 Einzelfragen)

charakterisieren, d. h., Patienten beurteilen die Qualität der Versorgung im Spital primär anhand dieser drei Dimensionen.

Als zusätzliches Gütemerkmal der Faktorenstruktur zeigen sich kaum Doppelladungen von > 0,3 von einzelnen Variablen auf mehreren Faktoren und dort, wo sie auftauchen, sind sie plausibel zu interpretieren: z. B. ist die Frage nach rechtzeitiger Verabreichung von Schmerzmitteln einerseits interpretierbar als Ausdruck von Pflegequalität und andererseits als ein Indiz für gelungene Mitbestimmung.

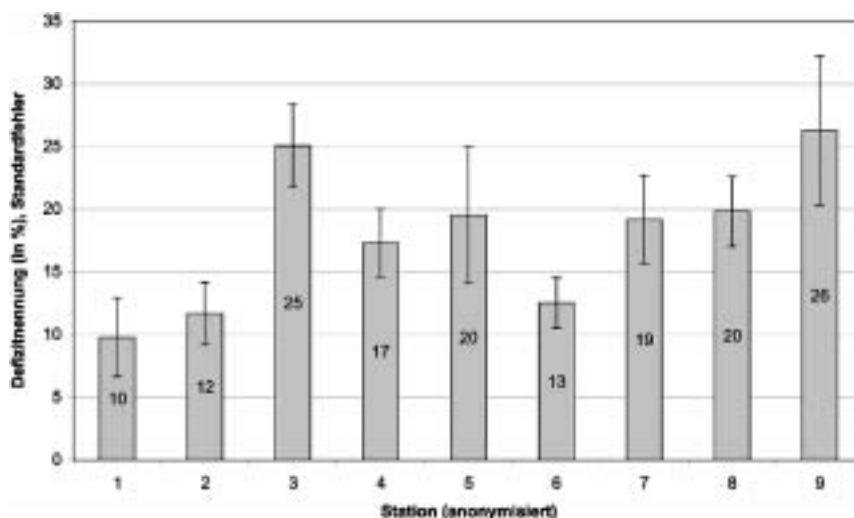


Abb. 1 Nennung von Defiziten in % (und Standardfehler des Mittelwerts) für Qualitätsfaktor 2: Teilhabe und Mitbestimmung bei 9 anonymisierten Stationen im Spital A.

Tab. 2 Multiple Regressionsanalysen der 37 Einzeldefizite auf Parameter der Gesamtbewertung der Versorgung im Spital

Parametergesamtbewertung	R ²	Anzahl Prädiktoren aus 37 Einzeldefiziten	davon nicht in gestraffter 25-Items-Variante
Summenscore genannte Defizite	0,84	10 (fix)	0
Einfühlsamkeit/Rücksichtnahme Ärzte	0,41	7 (LR-test)	1
Wohlfühlen im Spital	0,24	9 (LR-test)	1
Gesamtzufriedenheit mit Behandlung	0,24	5 (LR-test)	1
Weiterempfehlung Spital	0,44	11 (LR-test)	2

R² (logistische Regression) = Nagelkerkes R²

Eine Überprüfung der Eindimensionalität der Faktoren durch eine anschließende Reliabilitätsanalyse erbrachte für alle drei Dimensionen eine gute Skalentauglichkeit: Cronbachs α betrug 0,75 für die Items auf Faktor 1, 0,72 für die Skala 2 und 0,69 für die Items auf Faktor 3.

Auf der Basis dieser Analysen wurden drei Dimensionskennziffern (Defizitscores) errechnet, die für jeden Patienten bzw. für jede Gruppe angeben, wie hoch der Anteil der genannten Defizite auf dem betreffenden Qualitätsfaktor ist.

Als Beispiel ist in Abb. 1 der durchschnittliche Defizitscore (durchschnittlicher Anteil genannter Defizite auf dieser Dimension in %) für die Dimension 2: Teilhabe und Mitbestimmung im Vergleich von 9 anonymisierten Untereinheiten eines Spitals dargestellt. Es zeigt sich in diesem Beispiel auf einen Blick, dass Defizite je nach Station in sehr unterschiedlichem Maß artikuliert werden, hier vor allem, dass Defizite im Bereich Teilhabe und Mitbestimmung in den Untereinheiten mit den Codes 3 und 9 deutlich häufiger artikuliert werden als auf Station 1.

Zur Überprüfung der Konstruktvalidität einerseits und zur Ermittlung der Relevanz der einzelnen Items für die Gesamtbewertung andererseits wurden in einem weiteren Schritt multiple Regressionen der Einzelitems auf insgesamt fünf verschiedene Gesamteinschätzungsparameter („overall satisfaction levels“ in der Terminologie von Hall u. Dornan [20]) gerechnet. Variablen, die im multivariaten Modell keinen oder nur einen sehr kleinen Beitrag zur Erklärung der Gesamtzufriedenheit liefern, wären in diesem Ansatz vom methodischen Standpunkt her verzichtbar, da sie keine validen Indikatoren für die Gesamtzufriedenheit darstellen bzw. keine über die schon vorhandenen Aspekte hinausgehende zusätzliche Erklärungskraft für die Gesamturteile beinhalten. Wie in der Literatur durchgängig beschrieben und auch hier aus den Verteilungsparametern ersichtlich, weisen aber einige der summarischen Bewertungen (insbesondere die Gesamtbewertungen der Behandlung insgesamt und der Einfühlsamkeit und Rücksichtnahme der Ärzte) ausgeprägte Deckeneffekte und damit nur wenig zu erklärende Varianz auf – die Ergebnisse der Regressionen müssen daher vorsichtig beurteilt werden. Die Regressionsanalyse wird deshalb im vorliegenden Kontext nur zu dem Zweck eingesetzt, herauszufinden, ob es wichtige Einzelaspekte gibt, die zu keiner der in der Faktorenanalyse ermittelten Dimensionen passen, aber trotzdem einen signifikanten Einfluss auf die Gesamtbewertung haben. Die summarischen Parameter sind:

- Summenscore genannte Defizite (theoretischer Wertebereich 0–100%, Mittelwert = 13,5%, s = 12,1%, Minimum = 0%, Maximum = 86,5%),
- Gesamtbewertung Einfühlsamkeit und Rücksichtnahme der Ärzte (dichotomisiert, positive Bewertung: 95%),
- Gesamtbewertung Wohlfühlen im Spital (dichotomisiert, positive Bewertung: 78%),
- Gesamtzufriedenheit mit Behandlung im Spital insgesamt (dichotomisiert, positive Bewertung: 94%) und
- Weiterempfehlung Spital an Freunde oder Bekannte (dichotomisiert, positive Bewertung: 89%).

Für den intervallskalierten Summenscore Defizite wurde die multiple lineare Regression angewandt, für die vier dichotomisierten abhängigen Parameter die multiple logistische Regression. Bei letzterer wurde die Methode des schrittweisen Ein- oder Ausschlusses gewählt; alle nach dem Likelihood-Ratio-Test (LR) signifikanten Prädiktoren wurden in das Modell eingeschlossen; die Analysetechnik orientierte sich an den Empfehlungen von Hosmer u. Lemeshow [31]. Da bei der Regression aller Defizititems auf den Summenscore Defizite sehr viele Variablen einen signifikanten Beitrag leisten (da der Summenscore ja aus ihnen gebildet wird), wurde hier die Grenze für den Einschluss in das Modell nach den zehn besten Prädiktoren festgelegt.

Mit wenigen Ausnahmen fanden nur Aspekte in die Regressionsmodelle Eingang, die auch in der Faktorenanalyse in eine der drei Hauptdimensionen eingruppiert worden waren. Nur ein Aspekt außerhalb dieses 25-Item-Pools, die Bewertung des Entlassungszeitpunkts (richtig oder zu früh/zu spät) findet sich in zwei der fünf Modelle wieder, was auf eine eigenständige Relevanz dieses Aspekts hindeutet. Es ergibt sich damit bei fast allen Einzelfragen eine Übereinstimmung zwischen den Resultaten der beiden statistischen Verfahren – d.h. von der Faktorenanalyse zum Abschluss vorgeschlagene Items sind auch keine wichtigen Indikatoren für die fünf Messgrößen der Gesamtzufriedenheit im Sinne der Regressionsanalyse.

Die Reduktion von 37 auf 25 + 1 (Entlassungszeitpunkt) Einzelfragen im Reporting-Bereich des Fragebogens ist also ohne wesentlichen Informationsverlust möglich.

Nach inhaltlicher Bewertung der Ergebnisse der statistischen Analyse wurden einige Fragestellungen trotz geringer Relevanz für die Gesamtbewertungen im Fragebogen belassen, da sie aus

unserer Sicht außerhalb der drei zentralen Dimensionen wichtige Anhaltspunkte für Verbesserungen im Pflege- und Behandlungsprozess erbringen können. Zudem wurden einige Aspekte neu in den Fragebogen aufgenommen, v. a. solche, die den veränderten Rahmenbedingungen der stationären Pflege in den letzten Jahren Rechnung tragen (z. B. subjektiver Eindruck der Unterversorgung oder Überversorgung aus Kostengründen). Insgesamt beinhaltet der Fragebogen außer den genannten 26 Defizit-aspekten auf den drei Hauptdimensionen weitere neun solcher „dimensionsfreier“ Aspekte.

Flankierend zur detaillierten Erhebung der Kernfaktoren der Spitalqualität werden die weiteren Leistungsmerkmale des Spitals (darunter auch die Hotellerie u. ä.) zusätzlich in einer summarischen Abfrage von Leistung und Relevanz aus Patientensicht erhoben.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Auf der Basis der Antworten von über 600 Patienten aus zwei Schweizer Spitalern wurde ein ursprünglich in den USA entwickeltes und dort sowie in Deutschland validiertes Erhebungsinstrument für Patientenbefragungen im Spital anhand statistischer und inhaltlicher Kriterien überarbeitet. Ziel war die Straffung des Fragekatalogs und eine Anpassung an die heutige Versorgungsrealität in der stationären Pflege bei gleichzeitiger Bewahrung aller inhaltlich wichtigen Bereiche. Zudem sollten griffige Kennziffern auf der Ebene von Dimensionen die Interpretation und Kommunikation der Ergebnisse erleichtern.

Die durchgeführten Faktoren- und Reliabilitätsanalysen zeigen, dass dem Erleben von Spitalqualität aus der Sicht der Patienten im Wesentlichen drei große Dimensionen zugrunde liegen, die mit den Oberbegriffen

1. Information und Aufklärung,
 2. Teilhabe und Mitbestimmung und
 3. Pflegequalität
- charakterisiert werden können.

Auf der Basis dieser Analysen konnte die Anzahl der Einzelfragen reduziert werden, wobei durch Validitätsanalysen und eine flankierende inhaltliche Diskussion gesichert wurde, dass das neu angepasste Instrument noch alle relevanten Aspekte des ursprünglichen Fragebogens abdeckt.

Die Verdichtung der Information in den Kernbereichen der Spitalqualität anhand der drei Dimensionskennziffern hat zwei wesentliche praktische Vorteile:

Zum einen kann schnell und prägnant festgestellt und kommuniziert werden, auf welcher Dimension die Defizite aus Sicht der Patienten am stärksten sind. Dies kann als Gesamtbewertung des Spitals aber auch im Vergleich der Skalenmittelwerte von Untereinheiten (Kliniken, Stationen) geschehen (vgl. Abb. 1).

Der Rückgriff auf die einzelnen erfragten Items, die die Dimension bilden, gestattet als zweiten Punkt auch, die Problemaspekte konkret zu benennen und direkt Handlungsprioritäten

für das Spital insgesamt oder für einzelne Bereiche abzuleiten. Im Beispiel wäre eine detaillierte Analyse der Einzelfragen zu Dimension 2 bei den Untereinheiten 3 und 9 angezeigt, um festzustellen, bei welchen Teilaspekten (s. Tab. 1) diese Untereinheiten besonders schlecht abschneiden.

Zudem wäre zu prüfen, welche patientenbezogenen Merkmale evtl. mit der Ausprägung von Defiziten auf Dimension 2 zusammenhängen und ob und wie stark die betreffenden Faktoren des „patient mix“ zwischen den zu vergleichenden Untereinheiten variieren. Nach einer Adjustierung für diese versorgungsexternen Verzerrungseffekte könnte danach nach dem Motto „Lernen vom Besten“ spitalintern geprüft werden, was auf den Stationen mit relativ niedrigen Defizitnennungen bei den betreffenden Aspekten anders bzw. aus Patientensicht besser gemacht wird und ob das auf die schlechter bewerteten Stationen übertragbar ist.

Würden Defizite – wie von einzelnen Autoren immer noch propagiert – nur pauschal mittels Kurzfragebogen erfragt, wäre dieser wichtige Ansatzpunkt für direkt aus der Patientenbefragung ableitbare Interventionen nicht gegeben.

Literatur

- ¹ Janßen H. Total Quality Management im Gesundheitswesen. In: Spörkel H et al (Hrsg): Total Quality Management im Gesundheitswesen. Methoden und Konzepte des Qualitätsmanagements für die Gesundheitseinrichtungen. 2. überarb. Aufl. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 1997: 1 – 13
- ² Avis M. Incorporating patients' voices in the audit-process. *Quality in Health Care* 1997; 6: 86 – 91
- ³ Baker R, Preston C, Cheater F, Hearnshaw H. Measuring patients' attitudes to care across the primary/secondary interface: the development of the patient career diary. *Quality in Health Care* 1998; 8: 154 – 160
- ⁴ Cleary PD, Edgman-Levitan S, Roberts M et al. Patients evaluate their hospital care: A national survey. *Health Affairs* 1991; 10: 254 – 267
- ⁵ Cleary PD, Edgman-Levitan S, McMullen W et al. The relationship between reported problems and patient summary evaluations of hospital care. *QRB* 1992; 18: 53 – 59
- ⁶ Delbanco TL, Stokes DM, Cleary PD et al. Medical patients' assessments of their care during hospitalization. *J Gen Intern Med* 1995; 10: 679 – 685
- ⁷ Egli G, Pira A, Schmitter M. Der Patient im Fokus. *Schweizer Spital* 1997; 6: 23 – 29
- ⁸ Freter H, Glasmacher C. Messung der Patientenzufriedenheit im Krankenhaus. *f & w* 1996; 13: 436 – 441
- ⁹ Haubrock M, Meiners N, Albers F. Krankenhaus-Marketing: Analysen – Methoden – Konzepte. (insb. Teil H: Meinungsfrage zur Feststellung und Gestaltung des Krankenhaus-Images bei den Patienten.) Stuttgart (u. a.): Kohlhammer, 1998: 98 – 109
- ¹⁰ Joos SK, Hickam DH, Borders LM. Patients' desires and satisfaction in general medicine clinics. *Public health reports* 1993; 108: 751 – 759
- ¹¹ Langewitz W, Keller A, Denz M et al. Patientenzufriedenheits-Fragebogen (PZF): Ein taugliches Mittel zur Qualitätskontrolle der Arzt-Patienten-Beziehung? *Psychother Psychosom med Psychol* 1995; 45: 351 – 357
- ¹² 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
- ¹³ Rais S, Alle W, Bach A et al. Untersuchungen zur Patientenzufriedenheit über einen fachinvarianten standardisierten Fragebogen. *Das Krankenhaus* 1998; 2: 86 – 90
- ¹⁴ Roberts JG, Tugwell P. Comparison of questionnaires determining patient satisfaction with medical care. *Health Serv Res* 1987; 22: 637 – 654

- ¹⁵ Rubin HR, Ware JE, Eugene CN et al. The Patient Judgements of Hospital Quality (PJHQ) questionnaire. *Med Care* 1990; 28, Suppl 9: S17–S18
- ¹⁶ Trojan A, Nickel S. Gesundheitsförderung durch Patientenbefragungen. Begleitforschung in einem gesundheitsfördernden Krankenhaus. In: Deutsche Gesellschaft für Public Health (Hrsg): *Public-Health-Forschung in Deutschland* Bern (u. a.): Huber, 1999: 238–244
- ¹⁷ Hentschel B. Multiattributive Messung von Dienstleistungsqualität. In: Bruhn M, Strauss B (Hrsg): *Dienstleistungsqualität: Konzepte, Methoden, Erfahrungen*. 2. Aufl. Wiesbaden: Gabler, 1995: 349–378
- ¹⁸ Martilla JA, James JC. Importance-performance analysis. *Journal of Marketing* 1997; 41: 77–79
- ¹⁹ Burroughs TE, Cira JC, Chartock P et al. Using Root Cause Analysis to address patient satisfaction and other improvement opportunities. *Journal of Quality Improvement* 2000; 26: 439–449
- ²⁰ Hall JA, Dornan MC. Meta-analysis of satisfaction with medical care: Description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Soc Sci Med* 1988; 27: 637–644
- ²¹ Rubin HR. Patient evaluation of hospital care. A review of literature. *Med Care* 1990; 28, Suppl 9: S3–S9
- ²² Sitzia J. How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies. *Int J Qual Health Care* 1999; 11: 319–328
- ²³ Jacob G, Bengel J. Das Konstrukt Patientenzufriedenheit: Eine kritische Bestandsaufnahme. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie* 2000; 48: 280–301
- ²⁴ Satzinger W, Trojan A, Kellermann-Mühlhoff P (Hrsg). *Patientenbefragungen in Krankenhäusern*. St. Augustin: Asgard-Verlag Hippe, 2001
- ²⁵ Blumenstock G, Straub C, Selbmann HK. Die Tübinger Pilotstudie zur „patientenorientierten Versorgung im Krankenhaus“. In: Satzinger W, Trojan A, Kellermann-Mühlhoff P (Hrsg): *Patientenbefragungen in Krankenhäusern*. St. Augustin: Asgard-Verlag Hippe, 2001: 81–83
- ²⁶ Langewitz W, Conen D, Nübling M, Weber H. Kommunikation ist wesentlich – Defizite im Krankenhaus aus der Sicht der Patienten. *Psychother Psychosom med Psychol* 2002; 52: 348–354
- ²⁷ Weber H, Langewitz W, Nübling M. Patientenbefragung. Ein Projekt zur Versorgung und Betreuung im Krankenhaus aus der Perspektive von Patienten. *Pr-Internet* 1999; 2: 47–58
- ²⁸ Norusis MJ. SPSS Inc. *SPSS for windows base system users guide*. Release 6.0. Prentice Hall: Englewood Cliffs, 1993
- ²⁹ Bortz J. *Statistik für Sozialwissenschaftler* (3., neu bearb. Auflage). Berlin: Springer, 1989
- ³⁰ Cronbach LJ. Coefficient and the internal structure of tests. *Psychometrika* 1951; 16: 297–334
- ³¹ Hosmer DW Jr, Lemeshow S. *Applied logistic regression*. New York, Chichester, Brisbane, Toronto, Singapore: J Wiley & sons, 1989

Buchbesprechung

Persönlichkeitsstörungen

Ursachen – Erkennung – Behandlung

Nissen G (Hrsg)

2000, 187 S., Kart. (Kohlhammer Verlag.) € 21,70

ISBN 3-17-016496-1

Das Thema Persönlichkeitsstörungen beschäftigt mit zunehmender Häufigkeit Kongresse, Symposien, Weiterbildungsveranstaltungen und Büchern. Es wäre trotzdem falsch von einer modischen Übertreibung auszugehen. Persönlichkeitsstörungen sind häufig, etwa 13% aller Menschen in der Allgemeinbevölkerung und bis zu 60% aller Patienten von psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychosomatischen Kliniken leiden an einer oder mehreren Persönlichkeitsstörungen. Die Patienten stellen eine hohe Herausforderung für die sie betreuenden Ärzte und Psychologen dar. Auch kommt man an der Feststellung nicht vorbei, dass in diesem Arbeitsbereich trotz einer zunehmenden Informationsflut erhebliche Wissensdefizite bestehen.

Bei dem von Gerhardt Nissen herausgegebenen Band handelt es sich um die schriftliche Fassung von 13 Beiträgen zu einem Symposium mit dem Thema Persönlichkeitsstörungen. Dabei stammen elf Beiträge aus dem deutschen Sprachraum, zwei Beiträge aus den Vereinigten Staaten von Amerika. Die ersten Beiträge von Saß u. Jünemann, von Seidler und von von Zerssen setzen einen Schwerpunkt im Bereich der Nosologie und Klassifikation. Nissen beschäftigt sich mit speziellen Aspekten der diagnostischen Abgrenzung im Kindes- und Jugendalter. Klusmann berichtet über klassifikatorische Probleme bei Komorbidität von somatoformen Störungen mit Persönlichkeitsstörungen. Orlob stellt die forensisch-psychiatrische Relevanz von Persönlichkeitsstörungen ausführlich dar. Zwei Beiträge beschäftigen sich mit ätiologischen Konzepten: Kutter aus dem Blickwinkel der Selbstpsychologie und Kuhn aus der Perspektive der Daseinsanalytik. Therapeutische Konzepte und Strategien werden von Wurmser, Buchheim u. Mitarb. jeweils aus der Perspektive der Psychoanalyse, von Schwab aus dem Blickwinkel der Familientherapie und von Trautmann-Sponsel aus der Sicht der Verhaltenstherapie dargestellt. Kapfhammer berichtet über die Möglichkeiten der Pharmakotherapie bei Persönlichkeitsstörungen. Die Stärke des 187 Seiten umfassenden Bandes liegt eindeutig darin, dem Leser rasch eine mehrdimensionale Perspektive des schwierigen Themas Persönlichkeitsstörungen zu vermitteln. Auch wird insbesondere der vorgebildete Leser eine Vielzahl von interessanten Anregungen finden.

Das Buch eignet sich allerdings nur beschränkt für Studenten, Ärzte und Psychologen, die beispielsweise zur Prüfungsvorbereitung, ein umfassendes Lehrbuch zum Thema suchen. Diese Gruppe wird nach wie vor in deutscher Sprache am ehesten in dem Buch von Fiedler „Persönlichkeitsstörungen“ finden, was sie sucht. Konkrete Anleitung zum therapeutischen Vorgehen bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung ist in den Manualen von Marsha Linehan zur dialektischen Verhaltenstherapie und von dem von Peter Buchheim herausgegebenen Manual zur Transference-focused Psychotherapy wesentlich ausführlicher zu finden. Umfassende und erprobte Manuale zum Vorgehen bei selbstunsicheren und dependenten Persönlichkeitsstörungen gibt es beispielsweise von Ullrich u. Ullrich und von Hirsch u. Pfingsten.

Viele Beiträge des Buches setzen sich kritisch mit der modernen operationalisierten Diagnostik des DSM und ICD auseinander. Hier werden gute und nachvollziehbare Gründe genannt. Ich habe aber vermisst, dass auch die Errungenschaften dieser Systeme gewürdigt werden. Das jetzt vorhandene epidemiologische Wissen über Persönlichkeitsstörungen wäre ohne DSM nie entstanden und die gute Reproduzierbarkeit und leichte Kommunizierbarkeit der DSM-Konzepte hat viel dazu beigetragen, den Bereich aus seiner Randstellung zu lösen und mehr Patienten effektive Hilfe zu bringen.

Ulrich Schweiger, Lübeck