

# DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

PatientInnenzufriedenheit während des  
Spitalsaufenthaltes zur Katarakt Operation – ein  
Kriterium der Dienstleistungsqualität im Krankenhaus  
Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel

Verfasserin

**Sabine Seda**

angestrebter akademischer Grad

**Magistra der Philosophie (Mag. phil.)**

Wien, April 2009

Studienkennzahl lt. Studienblatt:  
Studienrichtung lt. Studienblatt:  
Betreuer:

A 057/122  
IDS Pflegewissenschaft  
Univ.-Doz. Dr. Dr. Robert Fitzgerald

## EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich, Sabine Seda, erkläre an Eides statt, dass ich die vorliegende Diplomarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe.

Dieses Diplomarbeitsthema habe ich bisher weder im Inland noch im Ausland einem Beurteiler/einer Beurteilerin zur Begutachtung in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt.

.....

Datum

.....

Unterschrift

## Danksagung

Mein Dank gebührt all jenen Freunden, die mich während meiner Studienzeit begleitend unterstützt haben.

Im Besonderen möchte ich mich auch bei meiner Tante, Frau Götzinger Hildegard bedanken, die mir von Beginn des Studiums an bis zur Diplomarbeit mit Rat und Tat hilfreich zur Seite gestanden ist.

Des Weiteren bedanke ich mich herzlichst bei meinen Eltern für ihr stetes Interesse, das sie meinem Studium entgegen brachten.

Und ein ganz besonderes Dankeschön gilt meinem Betreuer, Herrn Univ.-Doz. Dr. Dr. Robert Fitzgerald, KLI für Anästhesiologie und Intensivmedizin für sein Verständnis und hilfreiche Unterstützung während meiner Diplomarbeit.

Diese Arbeit ist im Rahmen meiner Mitarbeit für die Karl-Landsteiner Gesellschaft entstanden.

# Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	7
1.1	Problemstellung	7
1.2	Aufbau meiner Arbeit	8
1.3	Zusammenfassung	13
1.4	Abstract	16
<b>I.</b>	<b>Theoretischer Teil</b>	
2.	Der Mensch als PatientIn, KlientIn oder KundIn des Krankenhauses?	18
2.1	PatientInnenorientierung versus KundInnenorientierung	19
2.2	Unterscheidungsmerkmale zwischen PatientInnen und KlientInnen	20
3.	Definition der Dienstleistung	21
3.1	Definition der Dienstleistungsqualität	22
3.1.2	Definition der Qualität	23
3.1.3	Qualitätsmethoden und Qualitätsmodelle	24
3.1.3.1	ISO (Organisation für Internationale Standardisierung) 9000 Reihe	24
3.1.3.2	DIN EN (europäische Norm) ISO 9000:2000	24
3.1.3.3	ONI ISO 9001 Ausgabe 2000	25
3.1.3.4	Donabedian-Modell	26
3.1.3.5	Strukturqualität; Prozessqualität; Ergebnisqualität	26
3.1.3.6	Qualitätssicherungen, Qualitätsmanagement	28
4.	Strategie und Qualitätsarbeit der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverbund	29
4.1	Neun strategische Grundsätze des Wiener Krankenanstaltenverbundes	29

5.	PatientInnenzufriedenheit in Gesundheitseinrichtungen	33
5.1	Ansätze und Möglichkeiten der Zufriedenheitsmessung	34
	Definitionen der PatientInnenzufriedenheit	34
5.2	Studie von <i>Leimkühler und Müller: Patient Satisfaction</i>	33
5.3	Studie von <i>Kane et al.: The relationship of patient satisfaction with care and clinical outcome</i>	36
5.4	Studie von <i>Hall et al.: Satisfaction, gender and communication in medical visits</i>	36
5.5	Ein österreichisches Projekt hat sich mit der Frage beschäftigt: „PatientInnenorientierung in österreichischen Krankenanstalten	37
5.6	Studie von <i>Weingessel et al.: Is day-case cataract surgery an attractive alternative from the patients` point of view? A questionnaire survey</i>	39
6.	Das Leitbild des Krankenhauses Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel basierend auf dem ersten Grundsatz des Wiener Krankenanstaltenverbundes	40
7.	Messung der KundInnenzufriedenheit	41
7.1	Überwachung und Messung der KundInnenzufriedenheit	43
7.1.2	Modell von Noriaki Kano	43
8.	Verfahren zur standardisierten Ermittlung der PatientInnenzufriedenheit	45
8.1	Kriterien zur Wahl eines Befragungsinstrumentes zur Messung der PatientInnenzufriedenheit	45
8.1.2	Beobachtungsbereiche Wahrnehmungsdimensionen	45
9.	Ausgewählte Instrumente zur Messung der PatientInnenzufriedenheit	46

10.	Fragestellung meiner Arbeit	52
10.1	PatientInnenzufriedenheit – KundInnenzufriedenheit	52
10.2	PatientInnenbewertung der perioperativen Phase PPP 33	53
11.	Operation des Grauen Stars mit Einsetzen einer Kunstlinse	53
	<b>Medizinische Erläuterungen einer Kataraktoperation</b>	53
11.1	Durchführung der Katarakt-Operation	54
<b>II.</b>	<b>Empirischer Teil</b>	
12.	Die Entwicklung meiner Überlegungen zur Erfassung der PatientInnenzufriedenheit als Kriterium der Dienstleistungsqualität	55
13.	Zusammenfassung	57
13.1	Schlussfolgerung	57
14.	Deckblatt meines Fragebogens	60
14.1	Fragebogen	61
15.	Deskriptive Statistik	66
15.1	Detailauswertung und Interpretation meines Fragebogens zur PatientInnenzufriedenheit perioperativ im Krankenhaus Hietzing	103
15.2	Ergebnisse des Fragebogens	111
16.	Interpretation der Ergebnisse	117
17.	Diskussion und Begründungen einzelner Fragen	117
18.	Abschlussbericht	125

19.	Verzeichnisse	126
19.1	Tabellen und Graphiken	126
19.2	Literaturliste	130
19.3	Autoren	133
19.4	Curriculum vitae	137

# **1. Einleitung**

## **1.1 Problemstellung**

Die Augenabteilung des Krankenhauses Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel soll ab Mai 2009 einer Umstrukturierung unterzogen werden. Derzeit besteht diese Abteilung aus 32 Betten, davon sind vier Betten gesperrt und acht Betten werden für Tagesklinische Patienten geführt.

Nach einem Informationsgespräch vom 5. Mai 2008 zwischen der interim. Institutsvorständin der Augenabteilung Hietzing und dem Generaldirektor Dr. Marhold soll die Augenabteilung zu einer Wochenklinik umstrukturiert werden. Das heißt, Montag bis Donnerstag werden PatientInnen – wie gehabt – aufgenommen und im Rahmen eines 3-tägigen stationären Aufenthaltes am Grauen Star operiert. An diesen Tagen werden die Operationszeiten der beiden Säle bis 18 Uhr verlängert. Freitags hingegen werden nur tagesklinische PatientInnen aufgenommen, das heißt, sie werden aufgenommen, operiert und noch am selben Tag entlassen.

Es ist ungeklärt, ob dies für die PatientInnen stressig oder eventuell sogar belastend wäre. Die Klärung dieser Frage soll Ziel dieser Untersuchung sein.

Einer der Gründe für diese Re-Organisation ist der Abbau der langen Wartezeit auf einen Operationstermin (derzeit bis zu 12 Wochen). Laut Dr. Marhold soll versucht werden, diese auf 4 Wochen zu verkürzen. Um nun das Leistungsspektrum im Bereich Kataraktoperation zu erhöhen und kürzere Anmeldezeiten zu schaffen, werden die Kataraktoperationen, von derzeit 14 PatientInnen täglich, auf ca.18 erhöht. Das wiederum bedeutet eine Aufstockung des Operationspersonals, geänderte Dienstzeiten und verschiedene bauliche Maßnahmen auf der Bettenstation.

Um solche Auswirkungen nach oben geplanter Einführung im Mai 2009 bewerten zu können, ist es notwendig den Jetztzustand der Zufriedenheit unserer PatientInnen mittels Fragebogen zu ermitteln.

## **1.2 Aufbau der Arbeit**

In der Folge sollen die einzelnen Kapiteln kurz dargestellt, definiert sowie ihre Hauptaussagen zusammengefasst werden.

### **PatientIn als KundIn des Krankenhauses**

Die PatientIn soll als KundIn betrachtet werden, dem eine Dienstleistung bereitgestellt wird. Dieser aus der Wirtschaft stammende Begriff soll die PatientIn als jemanden beschreiben, mit dem wir durch unser Medizin – und Pflegeangebot in eine Geschäftsbeziehung treten, die der KundIn sowie dem Dienstleistungserbringer nützen.

Der Begriff KundIn hat sich auch in der Gesundheits- und Krankenpflege etabliert. Im Kompetenz- und Qualifikationsnachweis der Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege, herausgegeben vom Magistrat der Stadt Wien, Wiener Krankenanstaltenverbund - Generaldirektion - Geschäftsbereich Qualitätsarbeit,<sup>1</sup> wurden die Begriffe PatientIn, KundIn und KlientIn genau definiert.

Dennoch wurde bewusst für den Fragebogen nicht der neue Begriff „KundInnenzufriedenheit“ verwendet. Ausschlaggebend für diese Überlegung den Fragebogen „PatientInnenzufriedenheit während des Krankenhausaufenthaltes zur Kataraktoperation im KH Hietzing“ zu nennen, war das meist fortgeschrittene Alter der PatientInnen. Da sich der Begriff „KundIn“ erst sehr spät entwickelt hat, war die Befürchtung, dass sich ältere PatientInnen mit diesem Begriff nicht identifizieren können.

Die „KundIn“ der Augenabteilung des Krankenhauses Hietzing erwartet eine Dienstleistung von der Abteilung, im untersuchten Fall besteht diese Leistung aus einer qualitativ hochwertigen Operation.

Dienstleistungen können nun unterschiedlich definiert werden. Wie oben bereits erwähnt, tritt die PatientIn in eine Geschäftsbeziehung mit einem Dienstleistungserbringer, deshalb soll in der Folge der Dienstleistungsbegriff von *Seidl, Alina (2007), Kundenorientierte Kommunikation S.22* verwendet werden.

---

<sup>1</sup> WKA V-GED-KARSCH-AG-KQNW 2006

*„Dienstleistungen sind individuelle Leistungsprozesse mit überwiegend immateriellem Ergebnis, die von einem Individuum (Dienstleister) für die Bedürfnisbefriedigung eines anderen Individuums (Kunde) gegen Entgelt erbracht werden und dabei sowohl individuelles Leisten des Dienstleisters an dem bzw. für den Kunden als auch ein Interagieren der beiden im Rahmen des Leistungserstellungsprozesses wesentlich erforderlich machen.“*

Jede Dienstleistung wird an ihrer Qualität gemessen. Die PatientIn wird aufgefordert, selbst die Qualität zu evaluieren und bestimmt somit, welche Bedeutung es für ihn/sie hat. Das wiederum besagt, dass die erwartete Qualität einer wahrgenommenen Qualität gegenübersteht. Wenn das der Fall ist, so kann Qualität definiert werden, als die Fähigkeit eines Produktes, die Erwartungen zu erfüllen oder zu überfüllen.<sup>2</sup>

Des Weiteren sind auch messbare Methoden und Modelle vorhanden um die Sicherstellung der Qualität einer Leistung darzustellen.

❖ **ISO (Organisation für Internationale Standardisierung) 9000:**

Sie bietet ein standardisiertes Qualitätssystem an, welches weltweit berechenbar und nachvollziehbar ist.

❖ **DIN EN (europäische Norm) ISO 9000: 2000**

Diese Norm beschreibt acht Handlungsgrundsätze des modernen Qualitätsmanagements.

❖ **ONI ISO 9001 Ausgabe 2000:**<sup>3</sup>

Bei der letzten Revision 2000 wurde das Hauptaugenmerk auf den Dienstleistungsbezug und die vollständige Abdeckung der Kategorien Struktur-, sowie der Prozess- und Ergebnisqualität gesetzt. Für das Gesundheitswesen wurde zur Interpretation der ISO 9001:2000 auf der Basis des IWA 1, 2000 (IWA = international working agreement) die ÖNORM; CEN/TS 15224 mit dem Titel „Dienstleistungen in der Gesundheitsversorgung – Qualitätsmanagementsysteme; Anleitung zur Anwendung von ISO 9001:2000“ erarbeitet.<sup>4</sup>

---

<sup>2</sup> Bieger, Thomas (2007): *Dienstleistungsmanagement* S 164

<sup>3</sup> Hartl, Friedrich; Wernisch, Dietmar: *Qualitätsmanagement in Gesundheitseinrichtungen* (2006) S 121

<sup>4</sup> Hartl, Friedrich; Wernisch, Dietmar: *Qualitätsmanagement in Gesundheitseinrichtungen* (2006) S 12

Mit den Rahmenbedingungen einer Qualitätsarbeit hat sich **Avedis Donabedian** beschäftigt. Er hat genauer die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität untersucht und definierte Qualität als „... der Umfang des Erfolges, der unter optimalen Verhältnissen und vertretbaren Kosten tatsächlich zu erreichen ist.“ (Donabedian 1968).

Bei seinen Untersuchungen konnte festgestellt werden, dass Strukturqualität alleine keine Auskunft über die Gesamtheit des Behandlungsprozesses geben kann.

Die Prozessqualität bezieht sich auf jene Prozesse, welche direkt auf die Erbringung der Dienstleistung einwirken.

Ergebnisqualität beschreibt die Eigenschaften der erbrachten Dienstleistung.

Ein großes Augenmerk wird auf die Qualitätssicherung gelegt, die das Ziel verfolgt, Mängel in der PatientInnenversorgung zu erkennen, zu verbessern oder sogar zu beseitigen.

Ein weiterer wichtiger Schritt um die Qualitätssicherung zu gewährleisten, ist die Eruierung der PatientInnenzufriedenheit.

Die **Studie von Leimkühler und Müller** bezog sich auf das Thema: Patient Satisfaction. Die beiden Wissenschaftler haben herausgefunden, welche Faktoren noch zur Zufriedenheit beitragen können. Heraus kristallisiert haben sich fünf Theorien:

1. Soziale Vergleichstheorie
2. Adaptionstheorie
3. Anspruchstheorie
4. Kompetenztheoretischer Ansatz
5. Kognitive Dissonanztheorie.

Eine weitere **Studie von Kane et al.** beschäftigte sich mit dem Thema: *The relationship of patient satisfaction with care and clinical outcome*. Diese Studie belegt, dass der momentane Gesundheitszustand den Zufriedenheitsgrad der PatientInnen stärker beeinflusst als die stattgefundene Verbesserung.<sup>5</sup>

Die **Studie von Hall et al.** mit dem Schwerpunkt: *Satisfaction, gender and communication in medical visits*, untersuchte den Einfluss bezüglich Alters und Geschlechts der ÄrztInnen auf die Zufriedenheit der PatientInnen.<sup>6</sup>

Auch ein österreichisches Projekt hat sich mit der Frage:

„*PatientInnenorientierung in österreichischen Krankenanstalten*“<sup>7</sup> beschäftigt. Auftraggeber war das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF). Wissenschaftliche und beratende Begleitung war das Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie.

Das Ziel dieses Projektes war die nachhaltige Verbesserung von PatientInnenorientierung, der stationären Betreuung und eine österreichweite Umsetzung von erfolgreichen Verbesserungsmaßnahmen.

Das Endergebnis dieser Studie scheint auf der Hand zu liegen:

- ✓ PatientInnenorientierung heißt, den PatientInnen mehr Orientierung zu geben, sie brauchen Informationen über was, warum und wie etwas mit ihnen passiert.
- ✓ PatientInnenorientierung heißt, PatientInnen in die Qualitätsentwicklung von Krankenhausleistungen einzubeziehen.

Die PatientInnenzufriedenheit beinhaltet viel mehr als nur die medizinische und pflegerische Versorgung, die PatientIn möchte in den Prozess der Salutogenese miteinbezogen werden. Sehr wichtig sind den „modernen“ PatientInnen auch die Atmosphäre und der Ruf des Krankenhauses bzw. der Abteilung und die Freundlichkeit des Personals. In anderen Worten ausgedrückt, das subjektive

---

<sup>5</sup> Kane, RL.; Maciejewski, M.; Finch, M.: *The relationship of patient satisfaction with care and clinical outcome*. Med Care 1997; 35(7):714-30

<sup>6</sup> Hall, Ja.; Irish, JT.; Roter, DL.; Ehrlich, CM.; Miller, LH.: *Satisfaction, gender and communication in medical visits*. Med Care 1994; 32(12):1216-31

<sup>7</sup> [www.univie.ac.at/patientenorientierung](http://www.univie.ac.at/patientenorientierung)

Wohlbefinden der PatientIn hat einen wesentlichen Einfluss auf seine/ihre Zufriedenheit.

Von der sich im bestimmten Zeitraum verändernden Zufriedenheit kann die kontinuierliche Verbesserung der gesamten Organisation abgeleitet werden.

Die populärste Art der Zufriedenheitsmessung ist jene mittels standardisierten Fragebögen.

Das Befragungsinstrument muss die Kriterien der Reliabilität (Testzuverlässigkeit) und die der Validität (Messgenauigkeit) beinhalten. Des Weiteren muss sich die ForscherIn überlegen, welche Instrumente er/sie zur Messung der Zufriedenheit heranziehen möchte.

Bei der Entwicklung dieses Fragebogens wurden all jene Kriterien berücksichtigt, die für die Erstellung eines standardisierten Fragebogens nötig sind. Die Stichprobengröße sowie das Patientenklitel ergab sich aus der Anzahl der PatientInnen die vom 1.Juli 2008 bis 30.September 2008 auf der Augenabteilung stationär lagen und am Grauen Star operiert worden sind. Da es sich erfahrungsgemäß um ältere PatientInnen handelt, kann deshalb der Fragebogen in 8 Minuten ausgefüllt werden. Die Themen haben sich aus dem vorher durchgeführten Pretest herauskristallisiert, die statistische Auswertung erfolgte mittels SPSS.

Soweit eine erste Übersicht über die erwähnten Themenbereiche.

### 1.3 Zusammenfassung

Einige relevante Themen und Erklärungen werden nun dargestellt.

In dem theoretischen Teil der Diplomarbeit wurde der Fragestellung „PatientInnenzufriedenheit während des Spitalsaufenthaltes zur Katarakt Operation – ein Kriterium der Dienstleistungsqualität im Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel“ nachgegangen und in ihre einzelnen Themenbereiche unterteilt. Diese Bereiche wurden mittels Fachliteratur analysiert und in wesentliche Erkenntnisse zusammengefasst.

Der Begriff PatientInnenzufriedenheit umfasst viel mehr als die alleinige Therapie und Heilung der PatientIn. Es spielen auch Aspekte wie zum Beispiel die Atmosphäre des Spitals, der Ruf eines Krankenhauses und die Freundlichkeit des gesamten Personals eine wesentliche Rolle für das Wohlbefinden.

Als zweiter Themenschwerpunkt wird eine Katarakt-Operation (Grauer Star) erklärt. Mit dieser Operation wird die Linse mittels Ultraschall zertrümmert und abgesaugt, anschließend wird eine künstliche Linse implantiert.

Ein weiteres großes Kapitel beschäftigt sich mit den Themen: Dienstleistung und deren Qualität, sowie die verschiedensten Modelle und Methoden zu ihrer Sicherstellung.

Ziel der empirischen Arbeit war es, das subjektive Erleben der Zufriedenheit unserer PatientInnen auf der Augenstation des Krankenhauses Hietzing aufzuzeigen.

Der Fragebogen wurde ausgearbeitet und nach Rücksprache mit den Vorgesetzten, innerhalb des Zeitraumes Juli-September 2008 an unsere PatientInnen ausgeteilt.

Diesen Bogen erhielten all jene PatientInnen, die folgende Voraussetzungen erfüllten:

- a) Stationäre Aufnahme
- b) Vorgesehene Operation: Katarakt
- c) Nicht dement
- d) Sie mussten der deutschen Sprache mächtig sein.

Der Fragebogen beinhaltet Fragen über die Zufriedenheit mit den ÄrztInnen, den Pflegepersonen sowie den HausarbeiterInnen.

Die ausgewerteten Antworten betreffend die einzelnen Fachbereiche, werden nun kurz zusammengefasst.

**Zufrieden mit den Pflegepersonen:**

99,5% der Befragten (193 PatientInnen) bewerteten die pflegerische Betreuung mit „sehr zufrieden“ oder „zufrieden“. Nur eine PatientIn war lediglich „teilweise zufrieden“.

**Zufrieden mit den ÄrztInnen:**

99% der PatientInnen (196 PatientInnen) gaben an, „sehr zufrieden“ oder „zufrieden“ mit der ärztlichen Betreuung gewesen zu sein. „Teilweise zufrieden“ bzw. „unzufrieden“ war jeweils nur eine PatientIn.

**Zufrieden mit den HausarbeiterInnen:**

Bezüglich der Sauberkeit auf der Station waren 83,9% (172 PatientInnen) „sehr zufrieden“ und 15,6% (32 PatientInnen) gaben an „zufrieden“ zu sein.

**Gesamtzufriedenheit:**

196 PatientInnen beantworteten diese Frage, davon waren 169 PatientInnen (86,2%) mit der Augenabteilung des Krankenhauses Hietzing während ihres Spitalsaufenthaltes insgesamt „sehr zufrieden“. 25 PatientInnen (12,8%) waren „zufrieden“.

### **Interpretation der Daten:**

Nach der Auswertung der gewonnenen Daten kann gesagt werden, dass die *Zufriedenheit* der operierten PatientInnen mit der Augenstation im Großen und Ganzen *sehr hoch* ist. Ursache, warum manche PatientInnen nur „zufrieden“ sind, lässt sich nicht ganz differenziert feststellen. Da die Gruppe der nicht sehr zufriedenen PatientInnen bei nahezu allen Detailfragen zur Zufriedenheit signifikant negativere Antworten gaben, lassen sich keine wirklich überzeugenden Hauptfaktoren erkennen. Mit Sicherheit kann jedoch festgehalten werden, dass sich die Gruppe der „nicht sehr zufriedenen PatientInnen“ schlechter informiert fühlte und weniger den Eindruck hatte, dass die ÄrztInnen und das Pflegepersonal immer für Fragen, Anliegen und Bedenken Zeit hatten.

## 1.4 Abstract

The following is a short outline of relevant themes with some explanations.

The theoretical part of the thesis deals with “patient satisfaction during a hospital stay for cataract surgery as a criterion for service quality at Hietzing Hospital/Rosenhügel Neurological Center,” a subject area which is subdivided into a number of themes. These themes are analyzed with the help of relevant literature and the essential findings are outlined.

The term of “patient satisfaction” encompasses many factors besides therapy and cure. Aspects such as the atmosphere at a hospital, its reputation, and the friendliness of the entire staff may also have a significant influence on patients’ well-being.

This thesis also gives a detailed outline of a cataract operation. During cataract surgery, an ultrasound probe is used to break the lens apart. The fragments are then aspirated out of the eye and an artificial lens is implanted.

Another substantial chapter deals with service, service quality, and various patterns and methods of service quality assurance.

The empirical work aims to highlight satisfaction experienced by patients at the Hietzing Hospital Department of Ophthalmology.

A questionnaire was designed which was, after consultation with the senior physicians, distributed to our patients during the period July to September, 2008.

The questionnaire was distributed to all patients to whom the following requirements applied:

- a) In-patients
- b) Cataract operation intended
- c) Not suffering from dementia
- d) German-speaking

The questionnaire dealt with patient satisfaction only.

It contained questions regarding satisfaction with doctors, nurses, and custodial workers.

The data having been analyzed, responses relating to each of these areas can be summarized as follows:

**Satisfaction with nurses:**

99.5 % of the respondents (193 patients) declared themselves “very satisfied” or “satisfied” with nursing care. Only one patient was merely “partly satisfied.”

**Satisfaction with doctors:**

99 % of patients (196 patients) said they were “very satisfied” or “satisfied” with doctors’ care. Only one patient was “partly satisfied”, only one other was “not satisfied.”

**Satisfaction with custodial workers:**

83.9 % (172 patients) were “very satisfied” with the cleanliness of the department and 15.6 % (32 patients) said they were “satisfied.”

**Overall satisfaction:**

Among 196 patients that answered this question, 169 (86.2 %) were “very satisfied” with the Hietzing Hospital Department of Ophthalmology during their stay. 25 patients (12.8 %) were “satisfied.”

**Interpretation of data:**

After analysis of the data obtained, satisfaction with the department of ophthalmology among patients who had undergone a cataract operation can be said to be very high on the whole. The reason why some patients are merely “satisfied” cannot be ascertained accurately. As those patients who were not entirely satisfied gave significantly lower scores for all detailed questions no particular cause of dissatisfaction could be identified. It can be said with certainty, however, that the group of patients that was not entirely satisfied felt less well-informed and that they were less convinced that doctors and nurses always had time for patients’ questions, requests and concerns.

# **I. Theoretischer Teil**

## **2. Der Mensch als PatientIn, KlientIn oder KundIn des Krankenhauses?**

Im Kompetenz- und Qualifikationsnachweis der Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege, herausgegeben vom Magistrat der Stadt Wien, Wiener Krankenanstaltenverbund - Generaldirektion - Geschäftsbereich Qualitätsarbeit,<sup>8</sup> wurden die Begriffe PatientIn, KundIn und KlientIn wie folgt beschrieben:

### ***PatientIn:***

„In jedem Fall ist die zu betreuende Person gemeint, je nach Einrichtung auch KlientIn oder BewohnerIn. Bei Kindern sind evtl. die Eltern bzw. der Elternteil oder die Begleitperson als Ansprechpartner („Patient“) anzusehen.“

PatientInnen haben Bedürfnisse, die sie nicht weiter kundtun, da sie es als vorausgesetzten Anspruch, als selbstverständlich erachten. Diese wären z.B. adäquate diagnostische, therapeutische und pflegerische Maßnahmen, die korrekte Einhaltung der Hygienevorschriften aber auch die funktionierende technische Ausstattung.

### ***KlientIn:***

Lat. cliens, clientis „der Hörige“, „der Schutzbefohlene eines Patrons“. Der Begriff Klient wird in der Gesundheits- und Krankenpflege immer mehr verwendet, um zum Ausdruck bringen zu können, dass die pflegebedürftigen Menschen den Pflegenden zwar anvertraut sind, jedoch im Sinne einer „KundIn“ den Pflegeauftrag nach Möglichkeit selbst entscheiden und mitgestalten.

Für den Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege ist diese Zielgruppe vorwiegend in Einrichtungen zu finden, die der stationären Betreuung pflegebedürftiger Menschen dienen (Langzeitpflege, oder rehabilitative Pflege), sowie in Einrichtungen die Hauskrankenpflege, andere Gesundheitsdienste oder soziale Dienste anbieten.“

---

<sup>8</sup> WKAV-GED-KARSCH-AG-KQNW 2006

### ***KundIn:***

„Unter KundIn versteht man den Empfänger einer Dienstleistung, die vom Lieferanten (z.B. soziale Organisation) bereitgestellt wird. Eine KundIn ist jemand, der/die ein Produkt oder eine Leistung in Anspruch nimmt.“ Dieser aus der Wirtschaft stammende Begriff soll der PatientIn/KlientIn und BewohnerIn als jemanden beschreiben, mit dem wir durch unser Pflegeangebot in eine Geschäftsbeziehung treten, in der die KundIn sowie der Dienstleistungserbringer einen Nutzen für sich zieht.

Von KundInnen wird in sozialen Organisationen vorwiegend gesprochen, wenn es um Marketingaspekte wie KundInnenorientierung oder KundInnenzufriedenheit (z.B. Patientenbefragung) geht.

### **2.1 PatientInnenorientierung versus KundInnenorientierung**

PatientInnen haben auch Erwartungen an die MitarbeiterInnen des Krankenhauses, z.B. der Wunsch nach Schmerzfreiheit oder die vollständige Information über ihren Gesundheitszustand, sowie das zu erwartende Resultat der Therapie.

Wenn nun jede PatientIn Wünsche, Erwartungen und Ansprüche hat und diese auch einfordert, sollte man nicht lieber weg vom Begriff „PatientIn“ und hin zum Begriff „KundIn“ übergehen?

So betrachtet wäre der Begriff „PatientInnenorientierung“ dem Begriff „KundInnenorientierung“ gleichzusetzen.

KundInnenorientierung kann somit als eine „Haltung, die im kundengerichteten Verhalten und Handeln des Mitarbeiters und des ganzen Unternehmens zum Ausdruck kommt“<sup>9</sup> definiert werden. Sie wird des Weiteren als „die differenzierte Berücksichtigung der Einzelinteressen gegenwärtiger und potentieller KundInnen in allen Phasen des Dienstleistungsprozesses mit dem Ziel der Steigerung von KundInnenzufriedenheit verstanden.“

---

<sup>9</sup> Trommsdorff, V. (1998) S.123

## 2.2 Unterscheidungsmerkmale zwischen PatientInnen und KlientInnen

Die Autoren Holzer/Bauer/Hauke<sup>10</sup> haben sich mit diesem Thema beschäftigt und fünf Unterscheidungsmerkmale herausgearbeitet, die der PatientIn von der KundIn unterscheiden:

- ❖ Keine oder eingeschränkte Wahlfreiheit nach Inhalt, Umfang und Zeitpunkt der Leistung.
- ❖ Leistungserbringung an rechtlich nicht geschäftsfähigen Personen (Kinder, bewusstlose Menschen, Personen in psychiatrischem Ausnahmezustand, Demente etc.) möglich oder gefordert.
- ❖ Vor der Leistungserbringung steht eine individuelle Bedarfserhebung (Diagnostik), da die eigentliche Leistung (Therapie) durch die PatientIn nicht definiert werden kann. LeistungsempfängerInnen und Kostenerstattung ohne unmittelbaren Zusammenhang.
- ❖ Leistungen, die unter besonderen gesetzlichen Bestimmungen erbracht werden z.B. Operationen.
- ❖ Die emotionale Beteiligung der PatientIn unterscheidet sich im Regelfall deutlich von der einer KundIn.

Des Weiteren muss berücksichtigt werden, dass der „PatientInnenbegriff“ eine große Bandbreite beinhaltet, so z.B. kann bei einer geplanten Operation ein kundenähnliches Verhalten möglich sein. Die PatientIn kann, mit Einschränkungen, den Chirurgen und das Krankenhaus nach selbst gewählten Kriterien auswählen. Bei einer Notoperation liegt die Auswahl der zu erbringenden Leistungen beim Anbieter. Es tritt damit eine Verantwortungsübertragung zum Anbieter ein, die den PatientInnenbegriff näher am Klienten als am Kunden erscheinen lässt.

---

<sup>10</sup> Holzer, E.; Bauer, H.; Hauke, E.; (2007): *Wirkungsgeleitetes Ressourcenmanagement in öffentlichen Gesundheitsbetrieben*

### 3. Definition der Dienstleistung

Der Begriff Dienstleistung kann in seine Grundbestandteile zerlegt werden und enthält somit die Termini *Dienst* und *Leistung*.

*Dienst* kennzeichnet ein Abhängigkeitsverhältnis (z.B. auf Grund seines Glaubens, oder Herrschaftsstrukturen etc.) indem jemand eine Leistung für jemanden anderen erbringt.<sup>11</sup>

Das Resultat eines aktiven und ergebnisbezogenen Tätigwerdens wird als *Leistung* bezeichnet.<sup>12</sup>

Für diese Arbeit wurde der folgende, interaktionsanalytische Dienstleistungsbegriff verwendet.<sup>13</sup> „Dienstleistungen sind individuelle Leistungsprozesse mit überwiegend immateriellem Ergebnis, die von einem Individuum (Dienstleister) für die Bedürfnisbefriedigung eines anderen Individuums (Kunde) gegen Entgelt erbracht werden und dabei sowohl individuelles Leisten des Dienstleister an dem bzw. für den Kunden als auch ein Interagieren der beiden im Rahmen des Leistungserstellungsprozesses wesentlich erforderlich machen.“<sup>14</sup>

Es können Dienstleistungen<sup>15</sup> auf einer übergeordneten Ebene nach vier Perspektiven (einer tätigkeits-, einer potenzial-, prozess- und ergebnisorientierten Perspektive) unterschieden werden.<sup>16</sup>

1. Tätigkeitsorientierte Definition: Diese definiert Dienstleistung als das, „was der Mensch tut, um seine psychische und physische Arbeitskraft, mit oder ohne Verbindung zur materiellen Güterwelt, in den Zweckbereich der menschlichen Bedürfnisbefriedigung zu bringen.“<sup>17</sup> Das heißt, jede menschliche Tätigkeit wird als Dienstleistung klassifiziert.
2. Potenzialorientierte Definition: Dienstleistung wird als Potenzial eines Leistungserbringers (Mensch oder Maschine) verstanden.<sup>18</sup>

---

<sup>11</sup> Semantischer Zugänge zum Begriff der Dienstleistung vgl. Baumgartner, A. (1998) S. 24 ff. oder Meffert, H. Bruhn, M. (2006) S. 28ff.

<sup>12</sup> Vgl. Berekoven, L. (1983) S. 19ff.

<sup>13</sup> Seidl, Alina (2007): *Kundenorientierte Kommunikation* S. 22

<sup>14</sup> Vgl. zum interaktionsanalytischen Dienstleistungsbegriff Pongratz, H.J. (2005) S.59

<sup>15</sup> Bieger, Thomas (2007): *Dienstleistungsmanagement* S 9ff

<sup>16</sup> Vgl. Coster 1988,18; Bruhn 1997,13

<sup>17</sup> Schüller 1976,19

<sup>18</sup> Vgl. Meyer, Mattmüller 1987,187f.

3. Prozessorientierte Definition: Der Prozess der direkten Leistungserbringung am Kunden steht im Vordergrund.
4. Ergebnisorientierte Definition: Diese setzt beim Endzustand an, der nach einer erbrachten Leistung erreicht wird.

### **3.1 Definition der Dienstleistungsqualität**

Unter Qualität versteht man „... die Beschaffenheit einer Einheit hinsichtlich des Grades ihrer Eignung, festgelegte oder vorausgesetzte Erfordernisse intendierter Nutzung zu erfüllen.“<sup>19</sup> Qualität ist somit als neutrale, kontinuierliche Größe zu verstehen die in der Beurteilung durch einen Nutzer eine Wertung erhält.

Der kundenorientierte Qualitätsbegriff ist in Theorie und Praxis akzeptiert.<sup>20</sup>

Eine relative Qualitätsdefinition wird akzeptiert, indem der Konsument die Qualität evaluiert und somit bestimmt, was Qualität ist.<sup>21</sup>

Zur Evaluation der Dienstleistungsqualität muss eine erwartete Qualität einer wahrgenommenen Qualität gegenübergestellt werden. Wenn das der Fall ist, so kann man Qualität definieren als die Fähigkeit eines Produktes die Erwartungen zu erfüllen oder zu überfüllen.<sup>22</sup>

Die erwartete Qualität hängt von Faktoren ab, wie z.B. der eigenen Erfahrung. Indem unsere PatientInnen immer höhere Qualitäten erfahren, werden auch die Erwartungen ständig nach oben korrigiert.

Letztendlich können Quantität und Qualität nicht allein als Indikatoren für die Effektivität der Dienstleistungsinteraktion herangezogen werden. Die subjektiven Qualitätswahrnehmungen des Kunden, den situativen Bestimmungsfaktor der Interaktion als sozialer Prozess, sowie die Kooperation von MitarbeiterInnen und KundInnen werden für die Bewertung der Ergebnisse herangezogen.<sup>23</sup>

---

<sup>19</sup> Peles, W. (1995) S. 57. Vgl. auch Deutsches Institut für Normung e.V., DIN 55350 (Teil11, S.3, Nr.5)

<sup>20</sup> Vgl. u.a. Bruhn 1997, 25; Zeithaml et al. 1992,225; Fitzsimmons, 1994,189; Weimair 1997, 42

<sup>21</sup> Vgl. auch Weimair 1997, 42

<sup>22</sup> Bieger, Thomas (2007):*Dienstleistungsmanagement* S 164

<sup>23</sup> Seidl, Alina (2007): *Kundenorientierte Kommunikation* S. 20

### 3.1.2 Definition der Qualität

Das Wort Qualität hat seinen Ursprung im lateinischen „qualitas“, übersetzt werden kann dieses Wort mit *Eigenschaft* oder *Beschaffenheit*.

Der Qualitätsbegriff bezeichnet die „Übereinstimmung der Produkteigenschaften mit den berechtigten Anforderungen und Erwartungen.“ Qualität wird auch als „Gesamtheit von Merkmalen (und Merkmalswerten) einer Einheit (...) bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen“ definiert. „Einheit“ kann in dem Zusammenhang eine Tätigkeit, Organisation, ein Prozess, Produkt oder eine Kombination davon sein.<sup>24</sup>

Einige Aussagen, wie Qualität beschrieben wurde:

- ❖ Qualität ist Klienten orientiert (Kunden orientiert).
- ❖ Qualität ist, wenn die KundIn wiederkommt, nicht das Produkt.
- ❖ Qualität ist, wenn alles funktioniert.
- ❖ Qualität muss messbar sein.
- ❖ Qualität ist ein Wettbewerbsvorteil.
- ❖ Qualität durchdringt das ganze Unternehmen.
- ❖ Qualität braucht einen organisatorischen Rahmen.
- ❖ Qualität braucht motivierte MitarbeiterInnen.
- ❖ Qualität bedeutet null Abweichung/null Fehler.

Ishikawa (Vater des Qualitätszirkels) sagte einmal: „*Man kann MitarbeiterInnen nicht zwingen 10 Prozent mehr zu arbeiten, aber man kann sie dazu motivieren, 20 Prozent besser zu arbeiten.*“

Im medizinischen Bereich ist es sehr schwierig eine Gesamtqualität festzustellen, deshalb unterteilt man sie in Teilqualitäten und Einzelleistungen. Diese wiederum können gemessen und in Relation zu Vergleichswerten gesetzt werden.

Da es nun unterschiedliche Definitionen vom Begriff „Qualität“ gibt, hat sich im Zuge der Normungsbestrebungen nationaler und internationaler Organisationen der Qualitätsbegriff wie folgt definiert: Norm DIN EN ISO 9000:2000 [ISO 00]

---

<sup>24</sup> Vgl. Popper/Langer/Prandstötter: 1995, S.13-14

Definition: „Qualität“<sup>25</sup>

Vermögen einer Gesamtheit inhärenter Merkmale eines Produktes, Systems oder Prozesses, zur Erfüllung von Forderungen der KundInnen und anderen interessierten Parteien.“

### **3.1.3 Qualitätsmethoden und Qualitätsmodelle**

Sowohl in der Praxis als auch in der Theorie wurden verschiedenste Methoden und Modelle zur Sicherstellung der Qualität einer Leistung entwickelt. Eine für Dienstleistungsunternehmen relevante Auswahl wird hier näher erklärt.

#### **3.1.3.1 ISO (Organisation für Internationale Standardisierung) 9000 Reihe**

Die ISO 9000er-Reihe ist ein standardisiertes Qualitätssystem welches weltweit berechenbare und nachvollziehbare Qualitätssysteme sicherstellt. Aber das System nach ISO 9000 stellt nicht sicher, dass Qualität im Sinne der KundInnenerwartungen geboten wird. Letztendlich hat das Unternehmen seine Qualitätsstandards selbst in der Hand.

#### **3.1.3.2 DIN EN (europäische Norm) ISO 9000:2000**

Diese Version beschreibt **acht** Handlungsgrundsätze des modernen Qualitätsmanagements: KundInnenorientierung, Führung, Einbeziehung der Person, Prozessorientierter Ansatz, Systemorientierter Managementansatz, ständige Verbesserung, sachbezogener Ansatz zur Entscheidungsfindung und Lieferantenbeziehungen zum gegenseitigen Nutzen.<sup>26</sup>

DIN EN ISO 9000:2000<sup>27</sup> wird im Qualitätsmanagement definiert als „aufeinander abgestimmte Tätigkeiten zur Leitung und Lenkung einer Organisation bezüglich Qualität.“

Bei der letzten Revision 2000 wurde das Hauptaugenmerk auf den Dienstleistungsbezug und die vollständige Abdeckung der Kategorien Struktur-, sowie der Prozess- und Ergebnisqualität gesetzt. Für das Gesundheitswesen wurde zur Interpretation der ISO 9001:2000 auf der Basis des IWA 1, 2000

(IWA = international working agreement) die ÖNORM, CEN/TS 15224 mit dem

---

<sup>25</sup> Kamiske, Gerd F.: *Qualitätsmanagement von A bis Z* (2006) S. 170

<sup>26</sup> Lausch, Andreas: *Betriebsführung und Organisation im Gesundheitswesen*(2007) S.122

<sup>27</sup> Kamiske, Gerd F.: *Qualitätsmanagement von A bis Z* (2006) S. 207

Titel „Dienstleistungen in der Gesundheitsversorgung – Qualitätsmanagementsysteme Anleitung zur Anwendung von ISO 9001:2000“ erarbeitet.<sup>28</sup>

### 3.1.3.3 ONI ISO 9001 Ausgabe 2000:<sup>29</sup>

Originalnormen: Internet: <http://www.on-norm.at>

*„Die Einführung eines Qualitätsmanagementsystems (QMS) sollte eine strategische Entscheidung einer Organisation sein. Gestaltung und Verwirklichung des QMS einer Organisation werden von sich verändernden Erfordernissen, besonderen Zielen, den bereitgestellten Produkten, den angewendeten Prozessen und der Größe und Struktur der Organisation beeinflusst.“*

Beispiele für die ISO Norm 9000ff. geforderten Punkte in Bezug auf den Leistungsprozess sind unter anderem:

- ❖ Lenkung der Dokumente und Daten,
- ❖ Prozesslenkung durch Arbeitsanweisungen,
- ❖ Validierung von Prozessen,
- ❖ Lenkung von Qualitäts- und Prozessparametern,
- ❖ Handhabung,
- ❖ Schulung,
- ❖ Prüfungen.

### DIN ISO 9001

Bereich:	Qualitätsmanagement
Regelt:	Qualitätsmanagementsysteme und dessen Anforderungen (ISO 9001:2000 – 09)
Kurzbeschreibung:	Anforderungen an das Qualitätsmanagement

Deshalb, so scheint es, ist der Nachweis wirksamer Festlegungen bezüglich der Prozessqualität der geeignete Zugang zum Nachweis der Qualitätsfähigkeit einer

---

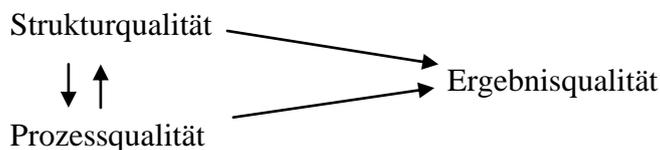
<sup>28</sup> Hartl, Friedrich; Wernisch, Dietmar: *Qualitätsmanagement in Gesundheitseinrichtungen* (2006) S 12

<sup>29</sup> Hartl, Friedrich; Wernisch, Dietmar: *Qualitätsmanagement in Gesundheitseinrichtungen* (2006) S 121

Gesundheitseinrichtung. Ist der Prozess nun geeignet die Erfordernisse zu erfüllen, wird er überwacht und kontrolliert, so stellt sich die erforderliche Qualität der Ergebnisse automatisch ein.

#### **3.1.3.4 Donabedian-Modell**

Genau mit dieser Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität hat sich das Donabedian-Modell beschäftigt. Laut Donabedian ist die „Qualität der Umfang des Erfolges, der unter optimalen Verhältnissen und vertretbaren Kosten tatsächlich zu erreichen ist.“ (Donabedian 1968).



#### **3.1.3.5 Strukturqualität, Prozessqualität, Ergebnisqualität**

##### **Strukturqualität:**

Die Strukturqualität betrifft:

- ❖ Die Personalausstattung nach Anzahl, Ausbildung und Zusatzqualifikation.
- ❖ Den Aus-, Fort- und Weiterbildungsstand der Beschäftigten.
- ❖ Die PatientInnen/KlientInnen, gegliedert nach Nachname, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht, Dauer der Pflege durch die Einrichtung und pflegerische Diagnosen.
- ❖ Maßnahmen der internen und externen Qualitätssicherung.
- ❖ Den Umgang mit Beschwerden.
- ❖ Innerbetriebliche Vorgaben zur Betriebsorganisation und zum Betriebsablauf.
- ❖ Das Pflegeleitbild und das Pflegekonzept.
- ❖ Geeignetes Pflegedokumentationssystem.
- ❖ Die sachliche und technische Ausstattung.
- ❖ Die Strukturqualität allein gibt keine Auskunft über die Gesamtheit des Behandlungsprozesses.

**Prozessqualität:**

Bezieht sich auf die Eigenschaften der Elemente des Leistungsprozesses, das sind jene Prozesse, welche direkt auf die Erstellung des Produktes bzw. die Erbringung der Dienstleistung einwirken, um die Fähigkeit der Leistungsprozesse um Vorgaben, Spezifikationen etc. zu erfüllen.

Zur Prozessqualität gehören unter anderem folgende Merkmale:

- ❖ Die Ausrichtung der Pflege und Betreuung am Pflegeleitbild und –konzept.
- ❖ Die sachgemäße Führung der Pflegedokumentation.
- ❖ Die kontinuierliche und systematische Umsetzung und Überprüfung der sich aus der Pflegeplanung und Pflegedokumentation ergebenden Maßnahmen.
- ❖ Die Einhaltung der innerbetrieblichen Vorgaben zum Betriebsablauf, zur Betriebsorganisation und zum Pflegemanagement.
- ❖ Die Einarbeitung, Anleitung und fachliche Begleitung der MitarbeiterInnen in ihrem jeweiligen Tätigkeitsfeld.
- ❖ Der Personaleinsatz anhand von Dienst- und Einsatzplänen.
- ❖ Der Umgang mit pflegerisch bedeutsamen Diagnosen.

**Ergebnisqualität:**

Darunter versteht man die Eigenschaft/die Beschaffenheit des fertigen Produkts/der erbrachten Dienstleistung. Nun ist das Messen von Ergebnisqualität im medizinischen Bereich sehr schwierig. Das erzielte Ergebnis hängt nicht nur von den Faktoren Mensch (Durchführender) und Maschine (materielle Arbeitsmittel) ab, sondern auch von der Methode (abzuarbeitende Vorgehensweise) und den Materialien (Objekt der Arbeitshandlung) sowie der Mitwelt (materielle und immaterielle Arbeitsumgebung).

Zur Ergebnisqualität gehören unter anderem folgende Merkmale:

- ❖ Der pflegerische und gesundheitliche Zustand der PatientInnen.
- ❖ Die Ernährung und Flüssigkeitsversorgung der PatientInnen.
- ❖ Die Übereinstimmung der Pflegeergebnisse mit den Pflegezielen.
- ❖ Die Berücksichtigung individueller Bedürfnisse.
- ❖ Die Zufriedenheit der PatientInnen.
- ❖ Die Kontinuität der Evaluation.

Das heutige Gesundheitssystem hat großes Interesse an der Qualitätsbewertung der Versorgung, am Patientenfeedback und an Bewertungen der PatientInnenzufriedenheit. Denn diese Beurteilung wird als wichtiges Item angesehen, um sich auf der Grundlage von Qualität und Preis auf dem Markt zu behaupten.

### 3.1.3.6 Qualitätssicherungen, Qualitätsmanagement

Die **Qualitätssicherung**, die auch **Qualitätsmanagement** genannt wird, verfolgt das Ziel, Mängel in der PatientInnenversorgung zu erkennen und zu verbessern oder sogar zu beseitigen. „Qualitätssicherung bemüht sich systematisch, die Unterschiede zwischen angestrebter und tatsächlich erreichter Qualität aufzuzeigen und die Ursachen dafür zu analysieren, damit Verbesserungen eingeleitet werden können.“<sup>30</sup>

Gründe für die Qualitätsmaßnahmen sind mannigfaltig:

- ❖ PatientInneninteresse
- ❖ Ethische Motive
- ❖ Berufsethos der im Krankenhaus Beschäftigten
- ❖ Sicherheitsdenken
- ❖ Erziehungs- und Effizienzgründe.<sup>31</sup>

*Qualitätssicherung* wird auch in der Zukunft durch die immer knapper werdenden finanziellen Ressourcen an Bedeutung zunehmen. Denn die Sorge, dass es aufgrund der Kostendämpfung in allen Bereichen des Gesundheitssystems zu einer schlechteren Qualität der Versorgung kommen könnte, ist berechtigt.

*Qualitätsmanagement* unterscheidet weiters zwischen *Leistungsbezogener* und *Patientenorientierter* Qualität.

Der *Leistungsbezogene Qualitätsbegriff* ist die Summe bzw. das Niveau der bereits vorhandenen Eigenschaften von Dienstleistungen bzw. Produkten, die nach objektiven Kriterien gemessen werden können.

Der *Patientenbezogene Qualitätsbegriff* beinhaltet die Wahrnehmung der PatientInnen über die erhaltene Leistung. Dabei werden die Strukturdimension (die Qualifikation der ÄrztInnen und des Pflegepersonals), die Ablauf- oder Prozessdimension und die Ergebnisdimension (Heilung oder Besserung des Krankheitszustandes) berücksichtigt. Die Qualitätsmessung wird rein nach subjektiven Kriterien vorgenommen.

---

<sup>30</sup> Holzer, Elke/Bauer, Helfried/Hauke: *Eugenwirkungsgeleitetes Ressourcenmanagement in öffentlichen Gesundheitsbetrieben* (2007) S.380

<sup>31</sup> Vgl. Hauke 1990, S. 67

## **4. Strategie und Qualitätsarbeit der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverbund<sup>32</sup>**

Im März 2003 wurde von der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverbund - Geschäftsbereich Strategische Planung und Qualitätsmanagement - die „Strategie der Qualitätsarbeit“ herausgegeben.

Grund dafür war die Entscheidung, die Qualität der Krankenhäuser und Geriatriezentren der Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverbund (U-KAV) nach den Grundsätzen des *Total Quality Managements* zu verbessern.

1998 entstand erstmals die Qualitätsstrategie der U-KAV zur patientInnenorientierten, kontinuierlichen und nachvollziehbaren Qualitätsverbesserung in allen Einrichtungen des Verbundes. In weiterer Folge wurde die Weiterentwicklung der Qualitätsstrategien als „Strategie NEU“ gekennzeichnet.

### **4.1 Neun strategische Grundsätze des Wiener Krankenanstaltenverbundes**

Zurzeit existieren vom Krankenanstaltenverbund neun strategische Grundsätze, die kurz erklärt und beschrieben werden.

#### **Strategische Grundsätze:**

Grundsatz 1 *„Die Strategie der Qualitätsarbeit basiert auf dem Leitbild der U-KAV.“*

Das Rahmenleitbild für die U-KAV wurde Mitte der 90er Jahre entwickelt, in dem grundlegende Werte, Ziele und Grundsätze der Unternehmung niedergeschrieben sind. Das Konzept „Strategie NEU“ basiert auf sechs Leitsätzen, zwei davon sind angeführt.

- ❖ Wir sind für die medizinische, pflegerische und psychosoziale Betreuung Kranker und pflegebedürftiger Menschen da.
- ❖ Wir verpflichten uns zur ständigen Verbesserung der Qualität unserer Leistungen.

---

<sup>32</sup> Strategie der Qualitätsarbeit, Unternehmung Wiener Krankenanstaltenverbund (2003)

Grundsatz 2     ***„Qualitätsarbeit umfasst die Bereiche Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement, Umweltmanagement und Gesundheitsförderung.“***

Qualitätsarbeit ganzheitlich betrachtet wird als geplante, nachvollziehbare und dokumentierte Arbeit an der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität bewertet.

- ❖ Qualitätssicherung bezeichnet die Sicherung der Handlungsqualität einer Profession.
- ❖ Qualitätsmanagement ist organisations-, prozess- und ergebnisbezogen.
- ❖ Umweltmanagement, denn Umweltschutz ist (Lebens) Qualität und verfolgt das Ziel, die natürliche Umwelt als Lebensgrundlage des Menschen vor schädlichen Einwirkungen zu bewahren und fördert zugleich die Steigerung von Lebensqualität.
- ❖ Gesundheitsförderung heißt Gesundheit erhalten und fördern.

Grundsatz 3     ***„Die Ziele der Qualitätsarbeit basieren auf den Leitsätzen des Leitbildes. Unser zentrales Ziel lautet: Wir verpflichten uns zur ständigen Verbesserung der Qualität.“***

Zwei wesentliche Ziele sind:

- ❖ Wir setzen nationale und internationale Qualitätsstandards und messen uns daran.
- ❖ Neuen Entwicklungen und Erkenntnissen stehen wir aufgeschlossen gegenüber, wir bauen sie sinnvoll in Praxis und Lehre ein.

Diese Ziele geben den Rahmen für Programme, Maßnahmen und Verfahren der Qualitätsarbeit vor.

Grundsatz 4     ***„Qualitätsarbeit orientiert sich an den PatientInnen, den MitarbeiterInnen und den Prozessen. Transparenz, Effizienz und Professionalität kennzeichnen gute Qualitätsarbeit.“***

Diese Prinzipien beziehen sich auf Qualitäts- und Umweltmanagement sowie auf die Gesundheitsförderung. Die Qualität wird anhand der Anforderungen und Bedürfnisse der Interessenspartner definiert.

Einige Beispiele dafür sind:

- ❖ *Prozessorientierung* ist das Bemühen um Denken und Arbeiten in Prozessen. Das Verständnis, die Analyse und das Steuern von Prozessen sind Basis der Qualitätsarbeit.
- ❖ *Transparenz* strebt das Sichtbarmachen sowohl der Qualitätsarbeit als auch der Qualität der Leistungen an.
- ❖ *Effizienz* bedeutet die Angemessenheit des Aufwandes im Verhältnis zum Nutzen.
- ❖ *Professionalität* bedeutet den Einsatz wirksamer und anerkannter Verfahren sowie Instrumente der Qualitätsarbeit.

Grundsatz 5 ***„Für die Qualitätsarbeit werden angemessene, anerkannte und dem neuesten Stand der Wissenschaft entsprechende Methoden verwendet.“***

Eine zentrale Voraussetzung für Maßnahmen einer erfolgreichen Qualitätsarbeit ist ein geplantes, strukturiertes und ergebnisorientiertes Vorgehen. Welche Methoden, Verfahren der Qualitätsarbeit und Instrumente zu wählen sind, hängt nicht nur von den qualitativen Anforderungen ab („State of the Art“), sondern auch von dem jeweiligen Projekt.

Grundsatz 6 ***„Ausbildung und Weiterbildung sind wesentliche Voraussetzungen erfolgreicher Qualitätsarbeit.“***

Einige wichtige Ausbildungsbereiche im Bereich Qualitätsarbeit sind:

- ❖ Ausbildung von Führungskräften
- ❖ Ausbildung von Qualitäts- und UmweltmanagerInnen
- ❖ Informationsveranstaltungen.

Grundsatz 7 ***„Qualitätsarbeit betrifft uns alle. Die Grundsätze der Qualitätsarbeit müssen insbesondere von den leitenden MitarbeiterInnen getragen und gelebt werden.“***

Alle MitarbeiterInnen und Führungskräfte der U-KAV auf den unterschiedlichsten Ebenen und Funktionen sind für die Qualitätsarbeit zuständig.

Grundsatz 8     ***„Ein wesentlicher Faktor für erfolgreiche Qualitätsarbeit ist die strukturelle Verankerung in der Organisation.“***

Die Grundstrukturen, die die Qualitätsarbeit gewährleisten, sind gesetzlich verankert (§ 5b Bundes-KAG, § 15b Wiener Landes-KAG).

Mindestanforderungen für die Qualitätsarbeit:

- ❖ Die kollegialen Führungen haben die Durchführung umfassender Maßnahmen der Qualitätssicherung sicherzustellen.
- ❖ Die Aufgaben der Qualitätskonferenzen liegen in der Initiierung, Koordinierung und Unterstützung von Maßnahmen der Qualitätssicherung.

Grundsatz 9     ***„Die Strategie und die Grundsätze der Qualitätsarbeit bleiben wirkungslos, wenn sie nicht entsprechend kommuniziert werden.“***

Kommunikationsstrategien und Instrumente müssen eingesetzt werden um die Kommunikation zu forcieren wie z.B.:

- ❖ Internet und Intranet
- ❖ Projektmesen
- ❖ Umwelt-, Gesundheitsförderungs- und Qualitätsberichte
- ❖ Ausbildungsveranstaltungen.

## 5. PatientInnenzufriedenheit in Gesundheitseinrichtungen

Jeder Mensch hat seine eigene individuelle Vorstellung von Zufriedenheit, basierend auf dem Vergleich von zwei Komponenten. Die Soll-Komponente definiert sich über die Erwartungen, die Ist-Komponente über die erhaltenden Leistungen. Dass wiederum bedeutet, dass Zufriedenheit entsteht, wenn Wahrnehmung und die Erwartungen ident sind.

Des Weiteren können einige Grundkomponenten unterschieden werden, sie umfassen z.B. die Zufriedenheit mit der medizinischen bzw. nicht medizinischen Betreuung.

Wenn nun der Fokus auf die Leistungsansprüche der PatientInnen gerichtet ist, so können andere Kriterien zur Zufriedenheit herangezogen werden. Sie betreffen entweder die Organisation der Einrichtung (z.B. Terminvereinbarungen, Versorgungsabläufe), die Partizipation (z.B. Mitspracherecht der PatientInnen), die Humanität (z.B. sich Zeit nehmen für die PatientInnen, Freundlichkeit), oder die Kompetenz (z.B. Informationsweitergabe, Aufklärung).

Auch die „Rolle“ der PatientInnen hat sich in den letzten Jahren stark gewandelt. Vom „Patientenmaterial“, das es zu versorgen gilt, geht die Tendenz hin zur „mündigen PatientIn“, der/die in den Prozess der Salutogenese<sup>33</sup> miteinbezogen werden will, der Fragen stellt und Kritik übt. Die Therapie und letztendlich die Heilung reichen der „modernen“ PatientIn nicht mehr um die eigene Zufriedenheit zu gewährleisten. Es spielen vielmehr auch Aspekte wie z.B. die Atmosphäre des Spitals, der Ruf des Krankenhauses und die Freundlichkeit des gesamten Personals eine wesentliche Rolle für sein/ihr Wohlbefinden.

In anderen Worten ausgedrückt, das subjektive Wohlbefinden der PatientIn hat einen wesentlichen Einfluss auf den Krankheitsverlauf und die Gesundheit.

---

<sup>33</sup> Def. Salutogenese: „Gesundheitsentstehung“ oder „Ursprung von Gesundheit.“ Nach dem Salutogenese-Modell ist Gesundheit kein Zustand, sondern muss als Prozess verstanden werden.

## **5.1 Ansätze und Möglichkeiten der Zufriedenheitsmessung**

### **Definitionen der PatientInnenzufriedenheit**

„Die PatientInnen eigene Beurteilung (subjektiv und objektiv) aller Aspekte einer medizinischen Versorgung, beinhaltend auch die zwischenmenschlichen Gesichtspunkte einer Behandlung und deren organisatorischen Ablauf.“<sup>34</sup>

Die *PatientInnenzufriedenheit* ist ein Element der Ergebnisqualität, es ist aber auch Element für die Zufriedenheit mit der ärztlichen Betreuung, den pflegerischen Maßnahmen, der Verpflegung und Unterbringung.

Weitere Bereiche der Ergebnisqualität sind: Zugang, Kontinuität, Pflegeaspekte, Gründlichkeit, Menschlichkeit, Informationshäufigkeit, Wirksamkeit und Kosten.<sup>35</sup>

## **5.2 Studie von Leimkühler und Müller: Patient Satisfaction**

Die Studie von *Leimkühler und Müller* ging vertieft der Frage nach, welche Faktoren noch zur Zufriedenheit beitragen. Heraus kristallisiert haben sich fünf Theorien, die die Zufriedenheit beeinflussenden Faktoren untersuchen.<sup>36</sup>

### **I. Soziale Vergleichstheorie**

Dieser Vergleich besagt, dass jemand zufrieden ist, wenn es ihm gleich gut, oder sogar besser geht als seinen Mitmenschen. Man kann es auch als abwärtsgerichteten Vergleich ansehen, welcher die eigene Zufriedenheit erhöhen kann. Geht man zum Beispiel davon aus, dass eine PatientIn in einem Mehrbettzimmer liegt, so wäre es nahe liegend, wenn er/sie seinen/ihren Gesundheitszustand mit einem/einer seiner/ihrer ZimmergenossInnen vergleicht.

### **II. Adaptionstheorie**

Diese Theorie basiert auf intraindividuellen Vergleichsprozessen und auf der Annahme, dass aktuelle subjektive Erfahrungen anhand bisheriger Erfahrungen im Sinne eines Vergangenheits-/Gegenwartsvergleichs bewertet werden.

Auf Grund von sehr positiven oder sehr negativen Lebensereignissen können sich diese Bezugsnormen ändern. Durch diese Veränderung kommt es zunächst zu einem Kontrasteffekt und in weiterer Folge tritt der Gewöhnungseffekt ein.

---

<sup>34</sup> Panchaud, C.; Guillain, H.; Cranovsky, R.; Eicher, E.: *Qualitätsterminologie*. NAQ-News 1999. Schweizer Ärztezeitung 1999; 79(32/33):1960-7.

<sup>35</sup> Donabedian, A.: *Explorations in quality assessment and monitoring*. Vol.2: *The criteria and standards of quality*. Ann Arbor: Health Administration Press; 1982

<sup>36</sup> Leimkühler A.M, Müller, U.: *Patient satisfaction – artefact or social reality?* Nervenarzt 1996;67(9):765-73

### **III. Anspruchsniveautheorie**

Diese Theorie geht davon aus, dass die Zufriedenheit vom Unterschied zwischen den Erwartungen und den tatsächlichen Erfüllungen abhängt. Glaubt man nun dieser Theorie, so fördert ein überhöhtes Anspruchsniveau die eigene Unzufriedenheit, während ein geringeres Anspruchsniveau eher Zufriedenheit suggeriert.

### **IV. Kompetenztheoretischer Ansatz**

Wohlbefinden und Zufriedenheit der PatientIn ist das Ergebnis erfolgreicher Bewältigung externer Anforderungen. Dieser Erfolg stärkt das Vertrauen in die eigene Möglichkeit, gewünschte Ziele zu erreichen und Unerwünschtes zu vermeiden.

### **V. Kognitive Dissonanztheorie**

Die kognitive Dissonanztheorie<sup>37</sup> ist empirisch begründet und nimmt an, dass bei einer Inkongruenz von Erwartungen oder Bedürfnissen und der Realität eine kognitive Dissonanz entsteht. Diese geht mit intrapersonellen Spannungszuständen einher, die sich wiederum negativ auf die Zufriedenheit auswirken.

Außerdem haben Leimkühler und Müller in ihrer Studie die Frage aufgeworfen, ob eine PatientIn überhaupt zufrieden ist, wenn er/sie angibt zufrieden zu sein.<sup>38</sup> Die beiden Wissenschaftler haben damit ein grundsätzliches Gültigkeitsproblem angesprochen, welches von der Patientenzufriedenheitsforschung noch wenig Beachtung geschenkt wurde.

Die meisten Studien dieses Forschungszweiges gehen von zwei ungeprüften Annahmen aus:

- dass eine objektiv gute Realität auch als solche wahrgenommen wird und gleichzeitig die Zufriedenheit produziert.
- dass Zufriedenheitsangaben von PatientInnen auf subjektiver Zufriedenheit basieren.

Fakt ist: Jede PatientIn hat eine bestimmte Meinung, sei es nun über die Unterbringung, über die Behandlung und Betreuung während des Krankenhausaufenthaltes, über das Essen, die Sauberkeit oder seine MitpatientInnen. Manche Menschen äußern diese Meinung, viele halten sich aber damit zurück.

---

<sup>37</sup> Festinger, zitiert in: Frei D, Irle H. *Theorien der Sozialpsychologie*, Bd.1: Kognitive Theorien. Bern: Verlag Hans Huber 1984.

<sup>38</sup> Leimkühler, A.M, Müller, U.: *Patient satisfaction – artefact or social reality?* Nervenarzt 1996;67(9):765-73

Gründe für die Zurückhaltung könnten sein: der Krankenhausaufenthalt ist zeitlich begrenzt oder Furcht, dass Kritik zu Sanktionen führen kann und dadurch die Betreuungsqualität abnimmt. Weitere Faktoren, die die Zufriedenheit der PatientInnen beeinflussen sind ihre Erwartungen und die Unsicherheit bezüglich der Übereinstimmung des Behandlungsergebnisses mit der Initialen Prognose.<sup>39</sup>

### **5.3 Studie von Kane et al.: *The relationship of patient satisfaction with care and clinical outcome***

In der Studie von Kane et al. wird beschrieben, dass der momentane Gesundheitszustand den Zufriedenheitsgrad der PatientInnen stärker beeinflusst, als die stattgefundene Verbesserung.<sup>40</sup> Auch Zusammenhänge zwischen Sozialstatus und Zufriedenheit oder auch Alter und Zufriedenheit sind weitere wichtige Faktoren für die PatientInnenzufriedenheit.<sup>41</sup> So haben z.B. sozial besser gestellte PatientInnen höhere Erwartungen, die weitaus schwieriger zu erfüllen sind, und somit einen oft niedrigeren Zufriedenheitsgrad ergeben. Ältere PatientInnen tendieren eher positiv auf Fragen der PatientInnenzufriedenheit.<sup>42</sup>

### **5.4 Studie von Hall et al.: *Satisfaction, gender and communication in medical visits***

Eine weitere Studie von Hall et al. untersuchte den Einfluss des Alters und des Geschlechtes der ÄrztInnen auf die Zufriedenheit der PatientInnen.<sup>43</sup> Die Studie hat herausgefunden, dass die Zufriedenheit der PatientInnen niedriger war, wenn sie von jüngeren ÄrztInnen behandelt worden sind. Bei den männlichen Patienten war die Unzufriedenheit am höchsten, wenn sie von Ärztinnen betreut wurden.

Crow wiederum postulierte, dass die PatientInnenzufriedenheit häufig als Differenz zwischen erwarteter und wahrgenommener Versorgung definiert wird.

Aber nicht erforscht wurde bislang, was unter Erwartungen verstanden wird (Wünsche, Werte, Glaubenssätze etc.) und wie sie von den PatientInnen

---

<sup>39</sup> Cleary PD. *Satisfaction may not suffice!* Int J Technol Assess Health Care 1998; 14(1):35-7

<sup>40</sup> Kane, RL. Maciejewski, M.; Finch, M.: *The relationship of patient satisfaction with care and clinical outcome.* Med Care 1997; 35(7):714-30

<sup>41</sup> Cleary, P.; Edgman-Levitan, S.; Roberts, M.; Moloney, T.; McMullan, W.; Walker, J.; Delbanco, T.; Patients evaluate their hospital care: *A national survey.* Health Aff 1991; 10(4):254-67

<sup>42</sup> Ehnfors, M.; Smedby, B.: *Patient satisfaction surveys subsequent to hospital care: Problem of sampling, non-response and other losses.* Qual Assur health Care 1993; 5(1):19-32.

<sup>43</sup> Hall, Ja; Irish, JT: *Satisfaction, gender and communication in medical visits.* Med Care 1994; 32(12):1216-31.

wahrgenommen und geäußert werden.<sup>44</sup> PatientInnenenerwartungen werden demnach im Arzt -Patientendialog oft nicht thematisiert.

Welche Erwartungen können nun berechtigt sein?

- ✓ Eine „State of the Art “ Versorgungsqualität kann jede PatientIn erwarten, denn das Gesundheitswesen ist dazu verpflichtet diese bereitzustellen (z.B. die Orientierung an Evidence-based medicine, Evidence-based nursing).
- ✓ Erwartungen an die Versorgung, die vom humanistischen oder ethischen Standpunkt aus berechtigt sind.

### **5.5 Ein österreichisches Projekt hat sich mit der Frage beschäftigt: „PatientInnenorientierung in österreichischen Krankenanstalten“<sup>45</sup>**

Auftraggeber war das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen BMGF. Wissenschaftliche und beratende Begleitung war das Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie.

Das Ziel dieses Projektes, das von Jänner 2002 bis Juli 2004 lief, war die nachhaltige Verbesserung von PatientInnenorientierung der stationären Betreuung und eine österreichweite Umsetzung von erfolgreichen Verbesserungsmaßnahmen.

Zuerst wurde der Frage nachgegangen:

#### **I. „Was heißt PatientInnenorientierung im Krankenhaus?“**

„PatientInnenorientierung heißt, dass sich im Rahmen eines therapiekonformen Betreuungsprozesses alle daran Beteiligten bemühen, die Erwartungen und die Bedürfnisse der PatientInnen kennen zu lernen und zu erfüllen.“<sup>46</sup>

Die durchgeführte wissenschaftliche Studie<sup>47</sup> bzgl. den Erwartungen und den Bedürfnissen der PatientInnen ergab das eigentlich Selbstverständliche:

- ✓ PatientInnen wollen als Personen und nicht als Diagnosen in einer fachlich guten und gut koordinierten Behandlung respektiert werden. Das bedeutet für das Personal Rücksicht nehmen auf individuelle Präferenzen und Werte, sowie respektvolle Behandlung, emotionale Zuwendung und Unterstützung.
- ✓ PatientInnen verlangen nach mehr Information und Orientierung über das, was mit ihnen geschieht und wollen in ihre Behandlung miteinbezogen werden.

---

<sup>44</sup> Crow, R.; Gage, H.; Hampson, S.; Hart, J.; Kimber, A.; Storey, L.; Thomas, H.: *The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature*. Health Technol Assess. 2002;6(32):1-244. Review

<sup>45</sup> [www.univie.ac.at/patientenorientierung](http://www.univie.ac.at/patientenorientierung)

<sup>46</sup> Leitfaden zur Patient/inn/enorientierung des österreichischen Bundesministerium (BMGS 1997)

<sup>47</sup> Vgl. Coulter 2003

## **II. PatientInnenorientierung heißt demnach, den PatientInnen mehr Orientierung geben.**

Sie brauchen Informationen darüber, was, warum und wie etwas mit ihnen passiert, bzw. was sie selbst aktiv beitragen können, um gesund zu werden oder zu lernen wie sie mit ihrer Krankheit umgehen können.

Wissenschaftliche Studien belegen den Nutzen und die Notwendigkeit von PatientInnenorientierung in diesem Sinne:

- ❖ Defizite sehen die PatientInnen in den österreichischen Krankenhäusern besonders bei der Information und Kommunikation.<sup>48</sup>
- ❖ Bessere Information und Kooperation, die den PatientInnen Mitarbeit, Mitbestimmung und Selbstverantwortung ermöglichen, verbessern die Behandlungsergebnisse.<sup>49</sup>

## **III. PatientInnenorientierung heißt, PatientInnen in die Qualitätsentwicklung von Krankenhausleistungen einzubeziehen.**

Im Projekt PatientInnenorientierung in österreichischen Krankenanstalten werden die PatientInnen zum Projektbeginn, um Defizite und Verbesserungsnotwendigkeiten festzustellen befragt, und ebenso nach erfolgter Einführung von Verbesserungsmaßnahmen. Die Bewertung aus PatientInnensicht bildet die Grundlage der Qualitätsentwicklung in den Partnerkrankenhäusern.

Auf Basis des internationalen State of the Art entwickelten die MitarbeiterInnen des Projektes einen PatientInnen-Fragebogen<sup>50</sup>, den sie in fünf Bereiche unterteilten.

1. Psychosozialer Umgang
2. Orientierung und Information
3. Koordination der Behandlung
4. Leibliches Wohlbefinden
5. Infrastruktur.

Leistungsbeurteilungen beziehen sich auf die Aufnahme, den Aufenthalt und die Entlassungsvorbereitung.

---

<sup>48</sup> Delbanco 1996; Baumer, Bischof et al. 2001; Berger, Dunkl et al.2001; Berger, Novak-Zezula et al. 2000; Berger, Eberl et al. 2001

<sup>49</sup> Di Blasi, Harkness et al. 2001, Trummer, Nowak et al. 2003

<sup>50</sup> PAO 58; LBIMGS 2002

#### **IV. PatientInnenorientierung heißt, auch die Motivation und praktische Möglichkeiten von MitarbeiterInnen beachten und diese zu unterstützen.**

Die österreichischen Spitäler brauchen gut ausgebildete, motivierte und zufriedene MitarbeiterInnen, die in ihrer täglichen Praxis die Möglichkeit haben, patientenorientiert zu arbeiten.

##### **5.6 Studie von Weingessel et al.: *Is day-case cataract surgery an alternative from the patients`point of view? A questionnaire survey*<sup>51</sup>**

Ist die tagesklinische Katarakt-Chirurgie eine attraktive Alternative aus Sicht der PatientInnen?

In vielen europäischen Ländern und in den USA wird die Katarakt-Operation bereits standardmäßig als tagesklinischer Eingriff durchgeführt. In Österreich liegt die Akzeptanz zurzeit bei ca. 2%.

Ziel der Studie war es, anhand einer präoperativen ophtalmologischen Untersuchung, sowie mittels Fragebogens die Nachfrage und Eignung der PatientInnen für eine tagesklinische Operation zu erheben.

Ergebnisse: 154 PatientInnen (41,8%) entschieden sich für eine tagesklinische Katarakt-Operation, 256 PatientInnen (58,2%) dagegen.

PatientInnen die stationär behandelt werden möchten, waren im Durchschnitt älter (76,4 vs. 72,73  $p < 0,001$ ) und hatten ein schlechteres Sehvermögen. Frauen (63,9% vs. 47,0%  $p > 0,001$ ), und PatientInnen die mehr als eine Stunde vom Krankenhaus entfernt wohnten (26,5% vs. 12,5%  $p > 0,01$ ), sowie Befragte die seltener eine häusliche Versorgung hatten (43,0% vs. 6,5%  $p > 0,01$ ) entschieden sich ebenfalls für eine stationäre Aufnahme. Die meisten PatientInnen zeigten eine Präferenz für einen stationären Krankenhausaufenthaltes, dies kann man aber auch auf eine Reflexion ihrer bisherigen Erfahrungen zurückführen. Durch ein gutgeführtes Entlassungsmanagement (Informationen, Aufklärung und Hilfestellung bei der postoperativen Betreuung) könnte die Attraktivität einer tagesklinischen Katarakt-Operation in Österreich erhöht werden.

---

<sup>51</sup> Weingessel, B, Richter-Mueksch, S , Weingessel, A , Gnad, H , Vécsei-Marlovits, PV.: *Is day-case cataract surgery an attractive alternative from the patients`point of view? A questionnaire survey*. Wiener klinische Wochenschrift (2008) 120:756-760

## **6. Das Leitbild des Krankenhauses Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel basierend auf dem ersten Grundsatz des Wiener Krankenanstaltenverbundes<sup>52</sup>**

*Strategischer Grundsatz 1 „Die Strategie der Qualitätsarbeit basiert auf dem Leitbild des U-KAV.“*

*Da sich diese Arbeit auf das Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel bezieht, wird das Leitbild unseres Krankenhauses hiermit vorgestellt.*

**„Die Werte des Krankenhauses Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel.“**

Wir sind ein modernes Schwerpunktkrankenhaus mit langjähriger Tradition innerhalb des Wiener Krankenanstaltenverbundes.

**„Die Qualität der Leistungen ist unser zentrales Anliegen.“**

Wir bieten Behandlung, Pflege und Betreuung entsprechend den neuesten Erkenntnissen von Wissenschaft und Erfahrung.

**„Die Menschen, die wir behandeln und pflegen, sind unsere Partner.“**

Wir binden die PatientInnen entsprechend ihren Möglichkeiten in den Behandlungsprozess ein.

**„Jede MitarbeiterIn ist maßgeblich am Erfolg des Krankenhauses beteiligt. Wertschätzung und Respekt sind Grundlage für den Umgang miteinander.“**

**„Wir pflegen fach- und abteilungsübergreifende Kommunikation, sowohl nach innen als auch nach außen.“**

**„Wir nehmen Konflikte frühzeitig wahr und sehen diese als Chance zur Entwicklung einer konstruktiven Konfliktlösungskultur.“**

**„Aus- und Weiterbildung für jede MitarbeiterIn ist ein unverzichtbares Element für die gemeinsame und berufliche Entwicklung.“**

**Forschung als wissenschaftliches und reflektierendes Denken wird ebenso gefördert wie kontinuierlicher Erwerb von Wissen und Können.**

Gesundheitsförderung und Risikominimierung für PatientInnen sowie für MitarbeiterInnen nehmen wir als wichtige Aufgabe wahr.

---

<sup>52</sup> [http://www.wienkav.at/kav/khl/texte\\_anzeigen.asp?ID=24781](http://www.wienkav.at/kav/khl/texte_anzeigen.asp?ID=24781)

## **7. Messung der KundInnenzufriedenheit**

Das oberste Ziel der Messung von KundInnenzufriedenheit ist eine Verbesserung der Qualität, deshalb wird sie als Teil des Gesamtmodells der Qualitätsverbesserung angesehen.

Lt. Appelbaum, Robert A.<sup>53</sup> sind fünf wichtige TQM-Prinzipien nötig, um eine Qualitätsverbesserung für die KundInnen zu erreichen:

1. Die KundInnen müssen bekannt sein.
2. Die Meinung der KundInnen zählt.
3. Information ist außerordentlich wichtig für eine solide Entscheidungsfindung.
4. Die Gruppe ist klüger als der Einzelne.
5. Suboptimierung ist die besondere Herausforderung für Organisation.

### ***Prinzip Nr.1 Die KundInnen müssen bekannt sein***

Zuerst muss sich der Anbieter von Dienstleistungen die Frage stellen: Wer sind meine KundInnen?

### ***Prinzip Nr.2 Die Meinung der KundInnen zählt***

Unsere PatientInnen sind Empfänger von medizinischen und pflegerischen Leistungen, und ihre Zufriedenheit oder Unzufriedenheit ist eine Informationsquelle über unsere fachliche Qualität. Zu wissen, was die KundIn/PatientIn über eine Dienstleistung denkt, ist unerlässlich für die Verbesserung der Qualität.

### ***Prinzip Nr.3 Information ist außerordentlich wichtig für eine solide Entscheidungsfindung***

Für ein gutes Qualitätsmanagement ist es wichtig, Informationen über die PatientInnen zu bekommen. Daten wie demographische, gesundheitliche und funktionelle Merkmale sind ebenso wichtig zu erfahren, wie z.B. die Zeitspanne zwischen Anmeldung zu einer Operation und der tatsächlichen stationären Aufnahme. Deshalb macht sich das Qualitätsmanagement das Benchmarking als eine Verbesserungstechnik zunutze.

### ***Prinzip Nr.4 Die Gruppe ist klüger als der Einzelne***

Bei Problemlösungs- und Verbesserungsprozessen trifft die Gruppe bessere Entscheidungen als ein Einzelner. Diese Gruppen setzen sich aus den

---

<sup>53</sup>Appelbaum, Robert A.; Straker, Jane K.; Geron, Scott M.: *Patientenzufriedenheit, Benennen, bestimmen, beurteilen* (2004).

unterschiedlichen Hierarchien zusammen und sind meist interdisziplinär. Das bedeutet, dass viele Informationen aus den unterschiedlichsten Bereichen ausgetauscht werden müssen.

***Prinzip Nr.5 Suboptimierung ist die besondere Herausforderung für Organisationen***

Suboptimierung bedeutet, dass innerhalb einer Organisation ein Bereich seine Effizienz auf Kosten eines anderen Bereiches steigert. Das wiederum bedeutet eine Verschlechterung der Qualität des gesamten Unternehmens. Deshalb ist es wichtig, dass alle Bereiche des Gesundheitswesens ein gemeinsames Ziel vor Augen haben, nämlich eine qualitativ hochwertige Versorgung.

Die populärste Art der Zufriedenheitsmessung ist jene mittels standardisierten Fragebögen.<sup>54</sup> Diese Art der Befragung erfolgt innerhalb eines konzeptionellen Rahmens, der als merkmaloientierter Ansatz bezeichnet wird. Diese Annahme besagt, dass KundInnen Erwartungen und Wahrnehmungen auf einzelne Qualitätsmerkmale beziehen und dass sich die ganzheitliche Zufriedenheit mit einer Dienstleistung als Ergebnis von Einzelzufriedenheiten mit Merkmalen von Qualität ergibt.

Diese Merkmaloientierten Befragungen haben bestimmte Vorteile:

- ✓ Sie führen zu repräsentativen Ergebnissen.
- ✓ Zufriedenheitswerte werden mit Vergangenheitswerten verglichen.
- ✓ Einblick in die Zufriedenheitsentwicklung wird dadurch ermöglicht.

Nachteile der Merkmaloientierten Befragung könnte sein:

- ❖ Die Informationen geben nur ein unvollständiges und abstraktes Abbild der KundInnenzufriedenheit wieder.
- ❖ Bei der statistischen Auswertung erhält man Durchschnittswerte der KundInneneneinschätzung.
- ❖ Man erkennt Probleme, nicht aber um welche Probleme es sich handelt.
- ❖ Der Fragebogen kann nur einen Teil des Qualitätserlebens berücksichtigen.

---

<sup>54</sup> Strauss, Bernd.; Seidl, Wolfgang: *Beschwerdemanagement (2007)* S: 60 ff.

## 7.1 Überwachung und Messung der KundInnenzufriedenheit

Der Fokus jedes QM-Systems zielt in Richtung Zufriedenheit der KundIn/ PatientIn. Da alle Prozesse der Organisation auf die Leistungsbringung an der KundIn zielen, kann die KundInnenzufriedenheit nicht als Prozessmessgröße verstanden werden, lediglich als Systemmessgröße.

Das bedeutet, von der sich im bestimmten Zeitraum verändernden KundInnenzufriedenheit kann die kontinuierliche Verbesserung der gesamten Organisation abgeleitet werden.

Aus Sicht der KundIn kann unterschieden werden zwischen:

1. Leistungsmerkmalen, die **vorausgesetzt** werden können = „Grundanforderung“-,
2. Leistungsmerkmalen die **erwartet** werden = „Leistungsanforderungen“ -, sowie
3. den Leistungsmerkmalen, die **wahrgenommen** werden = „Begeisterungseigenschaft“.<sup>55</sup>

Denn die Erfüllung/Nichterfüllung dieser drei Arten von Anforderungen hat einen unterschiedlichen Einfluss auf die KundInnenzufriedenheit.

### 7.1.2 Modell von Noriaki Kano

Anhand des Kano-Modells der Kundenzufriedenheit können die Produkteigenschaften analysiert und deren Einfluss auf die Zufriedenheit bestimmt werden. Der japanische Wissenschaftler Noriaki Kano (Kano 1984) verdeutlichte in seinem Modell der KundInnenzufriedenheit, dass diese Leistungsmerkmale in drei Gruppen zu gliedern sind.

#### Modell der KundInnenzufriedenheit (Noriaki Kano 1984):

**a) Grundanforderungen:** Diese Leistungskomponenten werden von der KundIn vorausgesetzt, sie sind für ihn/sie selbstverständlich. Werden diese nicht erfüllt, so wird die KundIn sehr unzufrieden werden.

**b) Leistungsanforderungen:** Diese Leistungen werden von der PatientIn erwartet und in der Regel sind diese auch messbar. Wenn sie nicht im vollen Umfang die Erwartungen der PatientInnen erfüllen, so tritt Unzufriedenheit auf, werden die Erwartungen aber erfüllt oder übertroffen, so steigt die Zufriedenheit.

---

<sup>55</sup> Hartl, Friedrich; Wernisch, Dietmar: *Qualitätsmanagement in Gesundheitseinrichtungen* (2006) S 148

Leistungsanforderungen werden von der KundIn ausdrücklich gestellt, die bloße Erfüllung dieser führt allerdings nur zu einem moderaten Maß an Zufriedenheit. Werden Leistungsmerkmale angeboten, so nehmen die KundInnen sie als austauschbar wahr, sie bleiben indifferent. Wenn nun Leistungsanforderungen von der KundIn explizit gestellt werden, bedeutet es, dass sie die Leistungsmerkmale für sich messbar spezifizieren können.

Wie sieht es nun im Gesundheitswesen aus?

In diesem Fall besitzt die PatientIn nicht die Möglichkeit, quantifizierbare Merkmale der Leistungserbringung zu definieren und zu bewerten. Die Hoffungen und Erwartungen sind meist überzogen, oder nicht erfüllbar. Deshalb sind die Leistungsanforderungen, welche die objektiven Kriterien bilden, selten in KundInnenzufriedenheitsermittlungen enthalten. Eine Möglichkeit doch noch die Leistungsanforderungen durch die PatientIn bewertbar zu machen, liegt im Zuge der Aufklärung durch die ÄrztIn. Sie sollte definitive Meilensteine der Therapie sowie die Möglichkeit der Rückschläge und des Nichterreichens ansprechen. Erst dann kann die PatientIn die erhaltenen Leistungsanforderungen bewerten und trägt so womöglich objektiv zu seiner/ihrer Zufriedenheit bei.

Ähnliche Vorgangsweisen können wir in der Pflege finden. Dort wird die Leistungsanforderung durch die Pflegeplanung definiert, die gemeinsam mit der PatientIn durchgeführt wird. Subjektive Erwartungsbildung und Bewertung durch die PatientIn werden dadurch größtenteils relativiert.

**c) *Begeisterungseigenschaften*:** Damit sind Produkt- oder Dienstleistungsmerkmale gemeint, die den KundInnen tatsächlich begeistern. Darunter versteht man Leistungskomponenten, die in der Regel weder explizit gefordert noch erwartet werden, deren Angebot aber die Zufriedenheit merklich erhöht.

## **8. Verfahren zur standardisierten Ermittlung der PatientInnenzufriedenheit**

### **8.1 Kriterien zur Wahl eines Befragungsinstrumentes zur Messung der PatientInnenzufriedenheit**

Die Erfassung der PatientInnenzufriedenheit ist ein komplexes Vorgehen und erfordert ein Befragungsinstrument welches verschiedene Kriterien erfüllen muss. Unter diesen Kriterien ist zu verstehen: die Reliabilität, die Validität, und verschiedene Beobachtungsbereiche.

#### **Reliabilität (Testzuverlässigkeit)**

Darunter versteht man die Verlässlichkeit des Messinstrumentes. Die Reliabilität muss bei wiederholten Messungen zu verschiedenen Zeitpunkten durch Einsetzen verschiedener Interviewer dieselben Resultate ergeben. Die Reliabilität wird mit dem Cronbach`s-alpha-Test berechnet.

#### **Validität (Messgenauigkeit des Tests)**

Darunter wird die Gültigkeit eines Befragungsinstrumentes verstanden. Sie ist eine grundlegende wichtige Voraussetzung für die Messung.

*„Ein Instrument ist valid in dem Ausmaß, in welchem es misst, was es messen soll.“<sup>56</sup>*

*„An instrument is valid to the extent that it measures what it purports to measure.“*

Die Validität eines Instrumentes bezieht sich auf das Verhindern systematischer, nicht zufälliger Fehler. Ein Instrument gilt dann als valid, wenn einzelne Fragen den ganzen zu evaluierenden Bereich in einer repräsentativen Art und Weise abdecken.

#### **8.1.2 Beobachtungsbereiche Wahrnehmungsdimensionen**

Bei der Wahl eines Befragungsinstrumentes muss überlegt werden, ob die gewünschten Wahrnehmungsdimensionen im erfordernten Maße abgedeckt sind.

Folgende Hilfsfragen stehen zur Verfügung:

- ❖ Decken die Fragen die gewünschten Beobachtungsbereiche tatsächlich ab.
- ❖ Werden die Fragen so gestellt, dass sie subjektiv empfundene Qualität erfassen.
- ❖ Zielen die Fragen auf Erlebnisinhalte oder auf Einschätzungen ab.
- ❖ Sind die Fragen eindeutig verständlich.

---

<sup>56</sup> Wilkon, D.; Hallam L.; Doggett MA.: *Measures of need and outcome for primary health care*. Oxford: University Press; 1994.

## **9. Ausgewählte Instrumente zur Messung der PatientInnenzufriedenheit**

### **a) Was kann durch eine Befragung erreicht werden und gibt es Möglichkeiten auf Grund des Resultates Änderungen zu erzielen?**

Bsp.: Nach Akzeptanz der baulichen Gegebenheiten (z.B. zusätzlicher Aufenthaltsraum) ist es nicht sinnvoll zu fragen, wenn in den nächsten Jahren keine Budgetmittel für bauliche Maßnahmen zu erwarten sind.

**b) Wer soll befragt werden?** Wie soll die Grundgesamtheit definieren werden? Wäre ein Stichprobenkonzept sinnvoller, oder soll sich die Befragung auf eine Fokusgruppe einschränken?

### **c) Was muss nun alles bei der Stichprobenauswahl berechnet werden?**

Z.B. wenn statistisch verwertbare Aussagen getroffen werden sollen, so ist die Stichprobengröße zu errechnen. Grundsätzlich kann man das angestrebte Signifikanzniveau und das Ausmaß des erwarteten Unterschiedes voraussetzen.

Bei der *quantitativen Untersuchung* ist es meist nicht möglich die Grundgesamtheit völlig zu befragen. Grundgesamtheit ist die Gesamtmenge von Individuen, Fällen oder Ereignissen, auf die sich die Aussagen der Untersuchung beziehen sollen.<sup>57</sup> Die Stichprobe (Sample) ist so auszuwählen, dass sich die Werte der Variablen in der Stichprobe möglichst wenig von der Grundgesamtheit unterscheiden.<sup>58</sup> Es muss möglich sein, von der Stichprobe auf die Grundgesamtheit zu schließen, ohne große Fehler zu machen. Die Stichprobe muss repräsentativ für die Grundgesamtheit sein, deshalb soll sie eine verkleinerte Darstellung derselben darstellen.<sup>59</sup> Bei der Stichprobenbildung kann zwischen Zufallsgesteuerten und nicht Zufallsgesteuerten Auswahlverfahren unterschieden werden. Bei der bewussten Auswahl wird die Repräsentativität dadurch angestrebt, dass bestimmte Merkmale und ihre Verteilung in der Grundgesamtheit als Auswahlkriterien benutzt werden.

### **d) Welche Form der Befragung ist sinnvoll?**

**Die Erhebung mittels Fragebogen** ist für den Fragesteller weniger zeitaufwändig, aber Zusatzinformationen gehen verloren, da sie nicht abgefragt werden.

**Die mündliche Befragung** soll immer anhand eines exakten Schemas in Form eines strukturierten Interviews vorgenommen werden.

---

<sup>57</sup> Vgl. Kromrey 1995, S.190

<sup>58</sup> Vgl. Atteslander 1991, S.313

<sup>59</sup> Vgl. Kromrey 1995, S 197

Als dritte und vierte Alternative wären noch **die telefonische Befragung** und die **persönliche Befragung nach der Entlassung** zu Hause zu erwähnen.

**e) Wie zeitaufwändig ist die Teilnahme an der Befragung/am Fragebogen für die einzelnen PatientInnen?**

Die Belastung älterer Personen durch zu lange Interviews oder zu lange Fragebögen ist nicht zu unterschätzen. Ein weiteres Kriterium welches zu bedenken ist, wäre die jeweilige Rücksendung der Fragebögen, das wiederum mit Kosten und Zeitaufwand verbunden ist.

**f) Wann ist der beste Zeitpunkt für eine Befragung?**

Der Befragungszeitpunkt kann unterschiedlich gewählt werden. Aus Gründen der Praktikabilität wird der Zeitpunkt der Befragung oder der des Aushändigens des Fragebogens bei der Entlassung liegen.

**g) Wo wird befragt?**

Der Ort der Befragung ist bei mündlicher Erhebung von entscheidender Bedeutung. Das Umfeld soll ein ungestörtes und vertrauliches Gespräch ermöglichen.

**h) Welche Themen sind relevant?**

Es sollen Themen gewählt werden, die zu einer Verbesserung in der Gesundheitseinrichtung beitragen können. Befragungen sind Teil der professionellen Selbstkontrolle und müssen praktisch verwertbar sein. Sie können auch die Motivation der MitarbeiterInnen an Verbesserungsmaßnahmen mitzuarbeiten, erheblich fördern.

**i) Frageformulierung und welche Antwortmöglichkeiten bestehen?**

Für den standardisierten Fragebogen sind konkrete Fragestellungen zum Messen der entsprechenden Merkmale bzw. Variablen (Alter, Geschlecht, Zufriedenheit etc.) notwendig. Es gilt, den Variablen eine entsprechende Messvorschrift zuzuordnen, das heißt, sie zu operationalisieren.

Nach der Form der Fragen können folgende Fragetypen unterschieden werden:

*1. Geschlossene, offene und halboffene Fragen*

Bei geschlossenen Fragen gibt es weitere Unterscheidungsmöglichkeiten, wie z.B. Dichotome Ja-nein-Fragen, Alternativfragen, „Auswahlfragen“ wie Ranting oder Ranking und Fragen mit Mehrfachantworten. Geschlossene Fragen mit vorgegebenen Antwortmöglichkeiten sind der dominierende Fragetyp im standardisierten Fragebogen. Die Vorteile liegen in der Vergleichbarkeit der

Antworten, höherer Durchführungs- und Auswertungsobjektivität, geringerem Zeitaufwand, leichtere Beantwortmöglichkeit für den Befragten und einem geringeren Aufwand bei der Auswertung.

Offen gestellte Fragen bringen unter Umständen mehr Informationen, weil der Befragte seine/ihre persönliche Formulierung verwenden kann. Um frei formulierte Fragen statistisch auswerten zu können, müssen sie zuerst kategorisiert und zugeordnet werden. Ein Nachteil dieser Fragestellung ist die eventuelle Nichtlesbarkeit der Antworten, die mitunter sehr zeitaufwändig sein kann.

Halboffene Fragen (Hybridfragen) sind ein Kompromiss zwischen geschlossenen und offenen Fragen. Dabei werden geschlossene Antwortkategorien plus einer offenen Antwortmöglichkeit vorgegeben.

## 2. Filterfragen, Gabelfragen und Trichterfragen

Filterfragen werden Frageblöcke vorgeschaltet, die nur von einer Teilmenge der Personen beantwortet werden. Eine Erweiterung der Filterfragen nennt man dann Gabelfragen.

Trichterfragen sind eine Technik, bei der man sich schrittweise vom Allgemeinen zum Besonderen vortastet.

Weiters können wir vier einzelne Fragetypen unterscheiden:

- a) Einstellungen
- b) Überzeugungen
- c) Verhalten und
- d) Sozialstatistische Merkmale.

### *Ad a) Einstellungen*

Zur Erhebung von Einstellungen oder Bewertungen werden Aussagen (Statements, Items) herangezogen, die vom Befragten auf einer **Ratingskala** oder einer **Likert-Skala**<sup>60</sup> eingestuft werden sollen.

*Exkurs: Likert-Skala: zusammengesetzte Messgröße von Einstellungen und Haltungen, die die Summierung von Werten in einer Reihe von Items (Aussagen) beinhaltet, bezüglich derer die ProbandInnen gebeten werden, den Grad ihrer Zustimmung bzw. Ablehnung anzugeben.*<sup>61</sup>

---

<sup>60</sup> Vgl. Wikipedia, <http://www.wikipedia.com>

<sup>61</sup> Applebaum, Robert A.: *Patientenzufriedenheit* (2004) S 142

Bei Verwendung von Ratingskalen gibt es zahlreiche Varianten die uns zur Verfügung stehen:

- ❖ 4-stufig (stimmt völlig – stimmt eher - ... – stimmt gar nicht)
- ❖ 6-stufig (absolut zutreffend – weitgehend zutreffend - ... – überhaupt nicht zutreffend)
- ❖ 5 stufig (stimmt völlig – stimmt eher- teils/teils- ...- stimmt gar nicht)
- ❖ 5-stufig schiefes Skalenniveau (das Beste, was ich je erlebt habe – sehr gut - akzeptabel – schlecht)
- ❖ Bewertung mit Schulnoten
- ❖ „Thermometerskalen“ mit den Zahlenwerten 0-100
- ❖ Skalen mit oder ohne verbale Kategorien
- ❖ offene Skala (gut \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ schlecht)

Wenn sich die ForscherIn für die Ratingskala entscheidet, muss er/sie sich mit dem Problem der optimalen Zahl von Kategorien auseinandersetzen. Kontrovers diskutiert wird die Frage, ob eine gerade Zahl von Kategorien günstiger ist als eine ungerade Zahl. Denn bei ungerader Zahl existiert eine mehrdeutige Mittelkategorie, die „unentschieden“, „meinungslos“ oder auch eine tatsächliche mittlere Einstellung vertritt. Andererseits wird bei geraden Zahlen der Befragte gezwungen, eine „positive“ oder „negative“ Stellungnahme abzugeben.

Vorteil der Ratingskala ist die allgemeine Einschätzung im Sinne eines Gesamturteils.

Nachteil dieser Skala ist eine geringe Differenzierung bezüglich hoher Zufriedenheitswerte.

Als Alternative zu den Ratingskalen für die Erhebung von Einstellungen und Bewertungen wäre noch das Ranking-Verfahren zu erwähnen. Dabei wird die Wichtigkeit des jeweiligen Items bewertet.

#### Ad b) Überzeugungen

Mit Überzeugungen sind subjektive Aussagen über Fakten gemeint, formal handelt es sich hierbei um offene Fragen. Werden aber Kategorien vorgegeben, so können diese unter Umständen nicht immer neutral wirken und können auch ungewollt Informationen vermitteln.

Weitere Fragetechniken bei Fakten oder Wissensfragen sind Multiple-Choice-Fragen, dichotome Ja-nein-Fragen oder auch Alternativfragen.

*Ad c) Verhalten*

Fragen über das Verhalten sind meist retrospektiv. Dabei wird die Häufigkeit, Dauer und Art der Handlungen, oder eine bestimmte Aktivität in der Vergangenheit erfragt.

*Ad d) Soziale oder „sozialdemographische“ Merkmale*

Darunter versteht man im weitesten Sinne allgemeine statistische Angaben. Beziehen sich die Fragen auf den Befragten selbst, so spricht man von Selbstauskünften, beziehen sich die Fragen auf andere Personen, so spricht man von Fremdauskünften.

***Frageformulierung:***

Bei der Frageformulierung sind einige Regeln zu beachten:

*1. Kurz, verständlich und hinreichend präzise*

Fragen sollten kurz, verständlich, mit einfachen Worten und hinreichend präzise formuliert werden. Weiters sollten Fremdwörter vermieden werden, die in der Zielgruppe nicht allgemein üblich sind.

*2. Keine platten Anbietungen*

Fragen sollten in einfachem Hochdeutsch ohne bürokratische Verrenkungen gestellt werden. Aber auch Subkultur-Formulierungen oder Dialekte sollten ausgelassen werden.

*3. Keine doppelte Verneinung*

Man sollte Fragen nicht unnötig komplizieren. Bei doppelter Verneinung kommt es leicht zu Missverständnissen.

*4. Antwortkategorien*

Die Antwortkategorien von geschlossenen Fragen sollten disjunktiv (nicht überlappend), erschöpfend und präzise sein. Mit der Wahl der Antwortkategorien und Antwortskalen wird schon eine Vorentscheidung über das Messniveau von Variablen und damit eine Entscheidung über die anwendbaren statistischen Analyseverfahren getroffen.

*5. Keine mehrdimensionalen Fragen*

Antworten auf solche mehrdimensionale Fragen sind nicht eindeutig einer Zieldimension zurechenbar.

*6. Keine indirekten Fragen*

Indirekte Fragen, z.B. die Messung von Einstellungen mit Faktfragen, sind problematisch.

7. *Keine Suggestivfragen*

Mit Suggestivfragen wird die Antwort in eine bestimmte Richtung gelenkt.

8. *Befragten sollten nicht überfordert werden.*

j) **Wie wird ausgewertet?**

Schon vor der Befragung soll Klarheit über die Auswertung herrschen. So können Häufigkeiten der Beantwortung in Prozenten angegeben werden.

k) **Wie wird berichtet?**

Am Ende jeder Befragung soll mit einem schriftlichen Schlussbericht nochmals die Ziele der Befragung, die methodischen Ansätze und das Auswertungskonzept dargelegt werden. Sinnvoll ist es, neben dem Bericht auch eine kurze Zusammenfassung der wesentlichen Aussagen darzustellen.

## **10. Fragestellung dieser Arbeit**

### **10.1 PatientInnenzufriedenheit - KundInnenzufriedenheit**

Im Rahmen der Diplomarbeit stellte ich mir schon früh die Frage, warum das Schlagwort „PatientInnenzufriedenheit“ in den letzten Jahren so populär geworden ist. In meinen Recherchen fand ich unzählige Publikationen, Artikel, Diplomarbeiten, Sonderbeiträge, Messinstrumente und Fragebögen, die sich mit diesem Thema beschäftigen. Deshalb befasste ich mich genauer mit dem Thema „PatientInnenzufriedenheit“, bezüglich Hintergründe, Schwerpunkten und Erwartungen der Patienten, um nur einige Themen zu nennen.

Ein großes Anliegen war mir auch, einen speziell für unsere Augenabteilung konzipierten Fragebogen zu erstellen. Da ich selber als Operationsschwester auf der Augenabteilung des Krankenhauses Hietzing arbeite, kenne ich den Stationsablauf und weiß, welche Hürden unsere PatientInnen auf sich nehmen, von den administrativen Angelegenheiten in der Aufnahmekanzlei bis zur tatsächlichen Operation und dem Tag danach, der Entlassung.

Auch die PatientInnen der Augenabteilung des Krankenhauses Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel wurden im Jahre 2007, durch die Oeser GmbH<sup>62</sup> bezüglich PatientInnenzufriedenheit befragt. Dieser Fragebogen war meines Erachtens nicht speziell für die PatientInnen mit Augenerkrankungen konzipiert, sondern für eine allgemein chirurgische Bettenstation. Denn dieser Fragebogen fokussiert primär auf die somatischen Beschwerden und auf die postoperative Erholung, klammert aber die präoperative Informationsübermittlung bewusst aus.

Dr. Oeser und sein Team bezog sich diesbezüglich auf den PPP 33 –Fragebogen (Patientenbewertung der perioperativen Phase), der 2004 mit dem Lilly Quality of Life Preis ausgezeichnet worden ist. Es sind 33 Fragen, die auf einer 4-stufigen Likert-Skala beantwortet werden können.

---

<sup>62</sup> Oeser GmbH Unternehmensberatung, Software, Engineering, Immobilientreuhändler

## **10.2 PatientInnenbewertung der perioperativen Phase PPP 33**

In einem Sonderbeitrag<sup>63</sup> wurde die „Entwicklung und Evaluation eines neuen Instruments zur PatientInnenbeurteilung in der perioperativen Phase“ vorgestellt.<sup>64</sup> Der PPP Fragebogen mit 33 Fragen, stellt eine objektive und valide Erhebung der PatientInnenbewertung der perioperativen Phase dar. Der Fokus bezieht sich hierbei auf einen Zeitraum von 24 Stunden vor der Operation bis 48 Stunden postoperativ. Eine Operation geht meist mit tief greifenden Veränderungen in den normalen Lebensrhythmus einer PatientIn einher und tangiert erheblich die Lebensqualität. Mit dem Messinstrument PPP 33 Fragebogen können sich die Auswirkungen neuer Medikamente, Techniken und Arbeitsabläufe auf die Lebensqualität abbilden und vergleichen lassen. Der Fragebogen kann somit als Instrument der Qualitätssicherung, aber auch als ein universelles Messinstrument im Rahmen klinischer Studien verstanden werden. Der Fragebogen ist validiert und zeichnet sich durch Reliabilität und Validität aus.<sup>65</sup> Die Fragebogenergebnisse können sowohl in einem Vorher-Nachher Vergleich als auch im direkten externen kompetitiven Benchmarking verwendet werden.

## **11. Operation des Grauen Stars mit Einsetzen einer Kunstlinse Medizinische Erläuterungen einer Kataraktoperation<sup>66</sup>**

Der Graue Star ist eine Trübung der Augenlinse die angeboren sein kann, meistens jedoch entwickelt er sich als Folge des Alterungsprozesses oder infolge von Erkrankungen oder Verletzungen. Mit fortschreitender Linsentrübung nimmt das Sehvermögen langsam ab und die Linse erscheint häufig grau oder weißlich. Zum Verlust des Sehvermögens kann die Linsentrübung führen, wenn durch die Erkrankung der Augeninnendruck akut ansteigt (Grüner Star/Glaukom). Bei einer angeborenen Linsentrübung kann die rechtzeitige Operation im Kindesalter eine dauernde Sehschwäche vermeiden.

---

<sup>63</sup> Anästh Intensivmed 2004; 45:436-445; DIOMed-Verlag GmbH

<sup>64</sup> Eberhart, Kranke, Simon, Celik

<sup>65</sup> Eberhart LHJ, Kranke, P.; Bündgen, W.; Simon, M.; Geldner, G.; Wulf, H.; Celik, I.: *Entwicklung und Evaluation eines neuen Instrumentes zur Patientenbeurteilung in der perioperativen Phase (PPP-Fragebogen)*: Anästh Intensivmed. 2004; 45:436-45

<sup>66</sup> DIOMed-Aufklärungssystem 06/06 Empfohlen vom Bund Deutscher Ophthalmochirurgen e.V.

Wirksam behandelt werden kann der Graue Star nur durch eine operative Entfernung der getrübbten Linse (Katarakt-Operation). Anschließend wird eine künstliche Linse (Intraokularlinse) eingesetzt

### **11.1 Durchführung der Katarakt - Operation**

Der Eingriff wird in örtlicher Betäubung durch Tropfanästhesie oder Einspritzung eines Betäubungsmittels neben bzw. hinter dem Auge (Parabulbär-/Retrobulbäranästhesie) oder in die Bindehaut, in Narkose oder in einer Kombination von Narkose mit einer örtlichen Betäubung durchgeführt.

#### **1. Entfernung der Linse**

Unter einem Operationsmikroskop wird das Auge am Hornhautrand durch einen kleinen Schnitt eröffnet. Die getrübbte Linse wird dann mittels Phakoemulsifikation oder selten mittels Extrakapsuläre Linsenentfernung entfernt.

##### Phakoemulsifikation:

Eine spezielle Hohlnadel (Ultraschall-Sonde) wird in die Linse geführt. Der harte Linsenkern wird mit Ultraschall zerkleinert und abgesaugt. Die klare hintere Linsenkapsel wird belassen.

##### Extrakapsuläre Linsenentfernung:

Der Linsenkern wird vorsichtig herausgedrückt. Weitere Linsenanteile werden über eine spezielle Hohlnadel mit Spülsaugvorrichtung entfernt. Die klare hintere Linsenkapsel wird belassen.

#### **2. Einsetzen einer Kunstlinse**

Die Stärke der Kunstlinse wird für das Auge individuell berechnet. Damit kann zugleich eine bereits bestehende Fehlsichtigkeit korrigiert werden.

Die Kunstlinse wird in die hintere Linsenkapsel des Auges eingesetzt oder, falls dies bei der Operation nicht möglich ist, in die Hinter- oder in die Vorderkammer. Am Ende der Operation schließt sich der selbstdichtende Tunnel von allein.

## **II. Empirischer Teil**

### **12. Die Entwicklung und Überlegungen zur Erfassung der PatientInnenzufriedenheit als Kriterium der Dienstleistungsqualität.**

**a) Was kann durch eine Befragung der PatientInnen der Augenabteilung des Krankenhauses Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel erreicht werden?** Gibt es Möglichkeiten auf Grund des Resultates Änderungen zu erzielen?

Mit dem Fragebogen wird die Zufriedenheit der stationären PatientInnen unserer Augenabteilung vor, während, und kurz nach der Kataraktoperation überprüft. Da unsere Abteilung in absehbarer Zeit umstrukturiert wird und wir dadurch ausschließlich PatientInnen mit Grauem Star behandeln werden, ist es ein wichtiges Instrument, um rechtzeitig auf Verbesserungsmöglichkeiten reagieren zu können.

**b) Wer soll befragt werden?**

Die PatientInnengruppe bezieht sich auf Menschen die stationär in unserer Augenabteilung am Grauen Star operiert werden, nicht dement waren und sie mussten der Deutschen Sprache mächtig sein.

**c) Wie groß soll die Stichprobe sein?**

Da in unserer Abteilung im Jänner 2008 insgesamt 206 Patienten am Grauen Star mit Implantation einer Hinterkammerlinse operiert wurden (im Juni 2008 waren es 184), wird die Befragung an 205 PatientInnen durchgeführt, also an einer monatlichen Stichprobe von PatientInnen entsprechend.

**d) Welche Form der Befragung ist für diesen Zweck sinnvoll?**

Der schriftlichen Fragebogen ist in diesem Falle sinnvoller, da ich selbst als Operationsschwester im Augen-OP arbeite, kann ich auf diesem Weg eine große Patientendatenmenge in kurzer Zeit erfassen.

**e) Wie zeitaufwändig ist die Teilnahme am Fragebogen für die einzelnen PatientInnen?**

Der Fragebogen umfasst 34, vorwiegend geschlossene Fragen. Bei der Zusammenstellung des Fragebogens wurde der allgemeine Gesundheitszustand des Patientenklientels berücksichtigt. Das „Patientengut“ umfasst alte Menschen mit Sehbeeinträchtigung. Erschwerend hinzukommt, dass am Operationstag das operierte Auge durch einen Augenverband abgedeckt ist, daher lange und offene Fragen nur unter Mühe beantwortet werden können. Deshalb wurde die Anzahl der offen

gestellten Fragen auf ein Minimum reduziert. Im Durchschnitt konnte dieser Fragebogen in 8 Minuten ausgefüllt werden.

**f) Wann ist der beste Zeitpunkt für eine Befragung?**

Der Fragebogen wird den bereits operierten Patienten am Operationstag überreicht. Somit haben diese PatientInnen Zeit, den Fragebogen am nächsten Tag in der Früh auszufüllen und ihn in ein vorbereitetes Kuvert geschlossen einer Pflegeperson auf der Bettenstation zu überreichen, bzw. mir ihn persönlich auszuhändigen.

**g) Welche Themen sind relevant?**

Um Themen und eventuelle Problemkomplexe auf der Augenabteilung in Erfahrung zu bringen, wurden vom 31.März bis 20.April 2008 25 PatientInnen postoperativ nach ihrer Zufriedenheit befragt. Des Weiteren acht ÄrztInnen und fünf Pflegepersonen interviewt, welche relevanten Aspekte *sie* in der Patientenzufriedenheit sehen. Diese so gewonnenen Informationen sind in Form von Fragen und Antwortmöglichkeiten im Fragebogen integriert worden.

**h) Frageformulierung und welche Antwortmöglichkeiten bestehen?**

Es sind aus gut überlegten Gründen der Großteil an Fragen geschlossene, und Dichotome Ja-nein-Fragen. Des Weiteren wurden symmetrische, verbalisierte, bipolare Viererskalen ohne Mittelpunkt herangezogen.<sup>67</sup> Die Ausprägungen einer Viererskala sind z.B.: „Sehr gut“, „gut“, „weniger gut“, „schlecht“, bzw. „sehr ausführlich“, „ausführlich“, „weniger ausführlich“, „überhaupt nicht“. Weitere Viererskalen, die in meinem Fragebogen vorkommen lauten: „sehr zufrieden“, „zufrieden“, „teilweise zufrieden“, „unzufrieden“; „immer“, „meistens“, „selten“, „nie“; „sehr wichtig“, „wichtig“, „weniger wichtig“ und „unwichtig“.

Die positiven Ausprägungen der Skala kennzeichnen eine Zustimmung der jeweiligen Aussage, während der negativen Ausprägungen eine grundsätzliche Ablehnung der Aussage implizieren. Das Positive dieser Viererskala ist es, dass sich die Befragten für zustimmende oder ablehnende Positionen entscheiden müssen.

**i) Wie wird berichtet?**

In meinen Abschlussbericht werde ich die wesentlichen Aussagen zusammenfassen.

---

<sup>67</sup> Es handelt sich um eine Ordinalskala, da die Merkmalsausprägungen nicht erklärbar sind. Vgl. Attenslander, P. (2003), S. 257 f.; Hartung, J. (2005), S. 17.

## **13. Zusammenfassung:**

### **Einleitung**

Die Arbeit stellt die Entwicklung und die Evaluation des Fragebogens vor, mit dem PatientInnen ihre Zufriedenheit vor – während und nach der Operation beurteilen können. Ziel war es, mit einer transparenten und objektiven Methodik ein Einfaches und patientenorientiertes Befragungsinstrument zu entwerfen, mit dem die Qualität der perioperativen Phase evaluiert werden kann.

### **Methodik**

Insgesamt bekamen 205 PatientInnen den Fragebogen überreicht. Die Itemsliste ist auf 34 Fragen beschränkt, in denen die relevanten Aspekte der perioperativen Phase aus Sicht der PatientInnen berücksichtigt worden sind.

### **Ergebnisse**

21 Fragen waren auf einer 4-stufigen Likert Skala zu beantworten. Sechs Fragen waren Dichotome Ja-nein Fragen, zwei Fragen bezogen sich auf demographische Angaben und eine auf den Versicherungsstatus. Eine offen gestellte Frage und drei allgemeine Fragen runden meinen Fragebogen ab.

Wieder eingesammelte bzw. an mich weitergeleitete Fragebögen bestätigten eine hohe Patientenakzeptanz. Es waren lediglich 11 Bögen nicht retourniert worden. Mehr als 80% aller PatientInnen konnten den Bogen ohne fremde Hilfe in weniger als acht Minuten ausfüllen.

7 Fragebögen wurden auf Grund von seniler Demenz nicht ausgefüllt, bzw. nicht ausgehändigt worden.

5 Fragebögen wurden auf Grund mangelnder Deutschkenntnisse nicht ausgeteilt.

### **13.1 Schlussfolgerung**

Der Fragebogen unterscheidet sich von bislang eingesetzten Instrumenten vor allem durch die Objektivität bei der Erstellung, seiner Patientenorientierung, den Hotelkomponenten sowie präoperative Informationsübermittlung.

## **Einleitung:**

Wie hoch ist die komplikationslose Operationsrate bei der Diagnose Katarakt? Welche Kriterien werden auf der Augenabteilung des Krankenhauses Hietzing herangezogen um die Qualität der Versorgung zu definieren? Welche Zimmerausstattung wird den PatientInnen geboten?

Wer diese oder ähnliche Fragen stellt, erhält meist unterschiedliche Antworten. PatientInnen suchen häufig nach Informationen die es ihnen erlauben, konkrete Vorstellungen über den Ablauf des stationären Aufenthaltes, über die bevorstehende Operation und den Verhaltensmaßnahmen danach zu machen.

Aus diesen Punkten ergab sich die Notwendigkeit, ein neues Instrument zu entwerfen, die einen offenen, transparenten und vor allem patientenorientierten Ansatz bieten.

Aus diesem Gedanken heraus, wurden die betroffenen PatientInnen gebeten, in einem transparenten, interaktiven und dynamischen Prozess festzulegen, welche Punkte letztendlich in den Fragebogen aufgenommen werden und welche nicht. Aus Gründen der Qualitätssicherung, wurden sowohl von der ärztlichen Seite, als auch von Seiten der Pflege fachspezifische Items in den Fragebogen mit hinein genommen.

Diese Vorbereitungsphase wurde mit vier Wochen festgelegt, befragt wurden 25 PatientInnen, drei Oberärzte, fünf SekundärärztInnen und fünf Pflegepersonen.

In den folgenden fünf Thesen wurden die Ziele bei der Entwicklung des Fragebogens zur PatientInnenzufriedenheit zusammengefasst.

### *1. Einfach:*

Entwicklung eines Papier-basierten Fragebogens, der möglichst ohne fremde Hilfe beantwortet werden kann. PatientInnen erhielten von mir persönlich den Bogen.

### *2. Kurz:*

Umfangsbeschränkung auf 34 Fragen.

### *3. Objektiv:*

Größtmögliche Objektivität bei der Auswahl der Items und Formulierung der Fragen.

### *4. Patientenorientiert:*

Die Bewertung der PatientInnen steht im Vordergrund.

### *5. Umfassend:*

Keine Beschränkung des Frageninhaltes auf somatische Beschwerden.

**Methodik:**

Der Fragebogen „PatientInnenzufriedenheit perioperativ im KH Hietzing“ ist von meinem Diplombetreuer Univ.- Doz. Dr. Dr. Robert Fitzgerald, von Abteilungsvorständin Univ.- Doz. Dr. Veronika Vecsei-Marlovits, der Direktorin des Pflegedienstes Fr. Astrid Engelbrecht sowie Oberschwester Elisabeth Schaffer genehmigt worden. Alle in der Befragung involvierten PatientInnen gaben die Zustimmung zur anonymen statistischen Auswertung ihrer Daten.

Der Befragungszeitraum war von 1. Juli bis 30. September 2008, die statistische Auswertung erfolgte mittels SPSS.

## **14. Deckblatt meines Fragebogens**

Im Rahmen meines Studiums der Pflegewissenschaft an der Universität Wien schreibe ich meine Diplomarbeit zum Thema:

### **PatientInnenzufriedenheit während des Spitalsaufenthaltes zur Katarakt Operation– ein Kriterium der Dienstleistungsqualität im Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel**

Es ist uns ein großes Anliegen, zu erfahren, wie Sie als Patient bzw. Patientin ihren Aufenthalt auf der Augenabteilung des Krankenhauses Hietzing erlebt haben und wie zufrieden Sie waren.

Mit diesem Fragebogen haben Sie die Möglichkeit, die Qualität von der Aufnahme bis zur Entlassung bei uns zu beurteilen, gleichzeitig geben Sie uns die Gelegenheit, die Qualität unserer Arbeit zu verbessern.

Die Beantwortung des Fragebogens wird einige Minuten in Anspruch nehmen. Absolute Anonymität ihrer persönlichen Daten wird von uns garantiert. Die Auswertung Ihrer Antworten hat keinerlei Auswirkung auf Ihre individuelle medizinische Behandlung. Wir bedanken uns schon jetzt recht herzlich für Ihre hilfreiche Mitarbeit.

Sabine Seda

**14.1 Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens:**

**Bitte kreuzen Sie die für Sie zutreffenden Antwortmöglichkeiten im Kästchen an. Beantworten Sie bitte, soweit es Ihnen möglich ist, jede Frage.**

**DANKE!**

Fragebogen zur Patientinnenzufriedenheit perioperativ im KH Hietzing

1. Geschlecht weiblich  männlich

2. Alter : \_\_\_\_\_ Jahre

3. Wie wurden Sie im Krankenhaus untergebracht?

allgemeine Klasse  Sonderklasse

4. Wie wurden Sie auf unsere Augenabteilung aufmerksam gemacht?

- persönliche Vorerfahrung
- Überweisung durch den Augenfacharzt
- Empfehlung (Freunde, Bekannte,...)
- Sonstiges : \_\_\_\_\_

5. War unsere Abteilung in ihrem Bekanntenkreis bereits vor Ihrem Aufenthalt bekannt?

Ja  Nein

Wenn ja, welchen Ruf (welches Image) hat unsere Abteilung in Ihrem Bekanntenkreis?

sehr guten  guten  weniger guten  schlechten

6. Haben Sie bei der Aufnahme auf der Augenstation Informationsunterlagen (Broschüre, Informationsblatt,...) für Ihren stationären Aufenthalt bekommen?

Ja                       Nein

Wenn Ja, bitte welche: \_\_\_\_\_

7. Wurden Sie von einer Schwester/ einem Pfleger über den Tagesablauf (Essenszeiten, Besucherzeiten, Visitenzeiten,...) auf der Station informiert?

sehr ausführlich       ausführlich       weniger ausführlich       überhaupt nicht

8. Wie lange hat es circa gedauert – vom Eintreffen in der Aufnahmekanzlei – bis Ihnen ein Bett auf der Station zugewiesen wurde?

\_\_\_\_\_ Minuten

9. Mit wie vielen Patienten waren Sie in einem Zimmer?

Alleine       1       2       3 oder mehr

10. Wie zufrieden waren Sie mit Ausstattung Ihres Zimmers und der sanitären Einrichtungen?

sehr zufrieden       zufrieden       teilweise zufrieden       unzufrieden

11. Wie zufrieden waren Sie mit der Sauberkeit in Ihrem Zimmer?

sehr zufrieden       zufrieden       teilweise zufrieden       unzufrieden

12. Wie konnten Sie sich auf der Augenstation zurechtfinden (z.B. durch Beschriftungen und Patienteninformationen)?

sehr gut       gut       weniger gut       schlecht

13. Wie zufrieden waren Sie mit der Qualität des Essens?

sehr zufrieden       zufrieden       teilweise zufrieden       unzufrieden

14. Wie zufrieden waren Sie mit der Temperierung des Essens?

sehr zufrieden       zufrieden       teilweise zufrieden       unzufrieden

15. Wurde Ihnen die Diagnose Katarakt ausführlich erklärt?

sehr ausführlich       ausführlich       weniger ausführlich       überhaupt nicht

16. Wurden Sie von den Ärzten in der *Ambulanz* ausreichend und gut verständlich über den geplanten Eingriff informiert?

sehr ausführlich       ausführlich       weniger ausführlich       überhaupt nicht

17. Wurden Sie von den Ärzten auf der *Augenstation* ausreichend und gut verständlich über den geplanten Eingriff informiert?

sehr ausführlich       ausführlich       weniger ausführlich       überhaupt nicht

18. Hatten Sie vor der Operation ausreichend Zeit Fragen zu stellen?

immer       meistens       selten       nie

19. Hatten Sie nach der Operation ausreichend Zeit Fragen zu stellen?

immer       meistens       selten       nie

20. Haben sich die Ärzte/innen ausreichend Zeit für Sie genommen?

immer       meistens       selten       nie

21. Sind die Ärzte auf Ihre Bedenken und Ängste eingegangen?

immer       meistens       selten       nie

22. Hat sich das Pflegepersonal Zeit für Sie genommen?

immer       meistens       selten       nie

23. Ist das Pflegepersonal auf Ihre Bedenken und Ängste eingegangen?

immer       meistens       selten       nie

24. Hat das Pflegepersonal Ihre Therapieverordnungen zeitlich eingehalten?

immer       meistens       selten       nie

25. Hatten Sie das Gefühl, ein Mitspracherecht bei pflegerischen Maßnahmen zu besitzen?

immer       meistens       selten       nie

26. Wurden Sie bzw. Ihre Familie über Ihre Entlassung rechtzeitig informiert?

Ja       Nein

27. Wurden Sie vom Pflegepersonal über die Verhaltensmaßnahmen nach der Operation des Grauen Stars aufgeklärt?

Ja       Nein

Wenn Ja, wie?

verbal       schriftlich

28. Wie wichtig war es Ihnen von den Ärzten/ -innen und dem Pflegepersonal genau informiert zu werden?

sehr wichtig       wichtig       weniger wichtig       unwichtig

## Gesamteindruck

29. Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit der Augenabteilung des KH Hietzing?

sehr zufrieden       zufrieden       teilweise zufrieden       unzufrieden

30. Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit der *ärztlichen* Betreuung?

sehr zufrieden       zufrieden       teilweise zufrieden       unzufrieden

31. Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit der *pflegerischen* Betreuung?

sehr zufrieden       zufrieden       teilweise zufrieden       unzufrieden

32. Würden Sie die Augenabteilung des Krankenhauses Hietzing an Ihre Bekannten und Freunde weiterempfehlen?

Ja       Nein

33. Wenn Sie die Möglichkeit hätten, die Operation des Grauen Star ambulant durchführen zu lassen (stationäre Aufnahme, Operation und Entlassung am gleichen Tag), würden Sie dieses Angebot in Anspruch nehmen?

Ja       Nein

Wenn nein, bitte begründen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

34. Welche Verbesserungsmöglichkeiten gibt es Ihrer Meinung nach noch auf der Abteilung?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Vielen Dank, Sabine Seda

## 15. Deskriptive Statistik

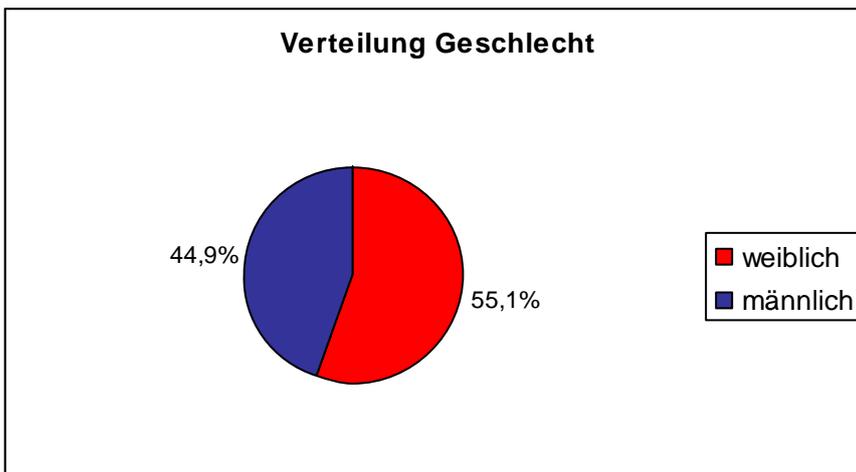
### Frage 1. Geschlecht

Während der Befragung von Juli bis September 2008, haben sich 113 weibliche und 92 männliche PatientInnen in der Augenabteilung des Krankenhauses Hietzing am Grauen Star operieren lassen.

Tabelle 1 **Geschlecht**

		Geschlecht			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	weiblich	113	55,1	55,1	55,1
	männlich	92	44,9	44,9	100,0
Total		205	100,0	100,0	

Graphik 1 **Geschlecht**



## Frage 2. Alter der PatientInnen

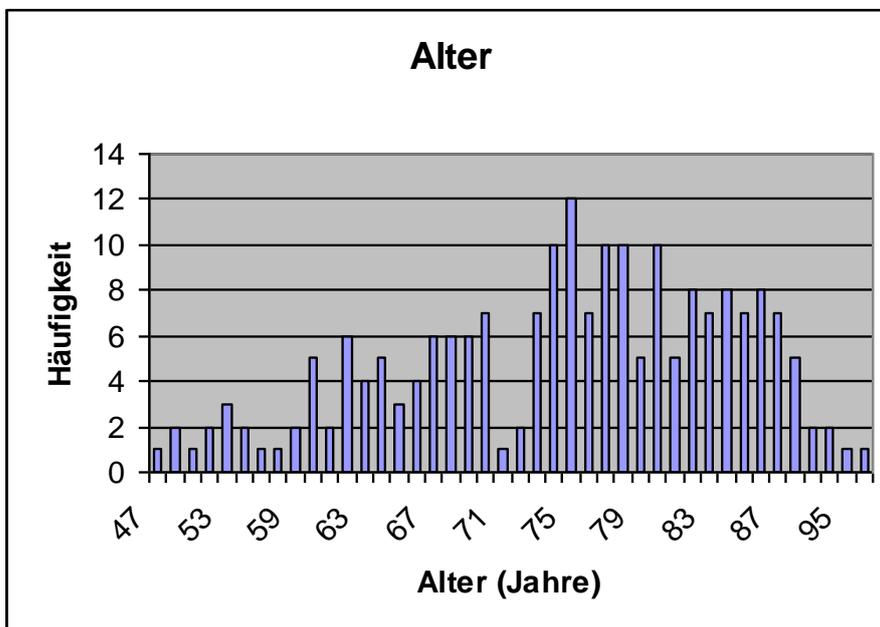
Das Durchschnittsalter aller 205 PatientInnen ergab 74,07 Jahre.

Weibliche Patientinnen 76,2, männliche Patienten 71,73 Jahre.

Tabelle 2 **Alter**

Statistics		
Alter		
N	Valid	205
	Missing	0
	Mittelwert	74,07
	Median	76,00

Graphik 2 **Alter**



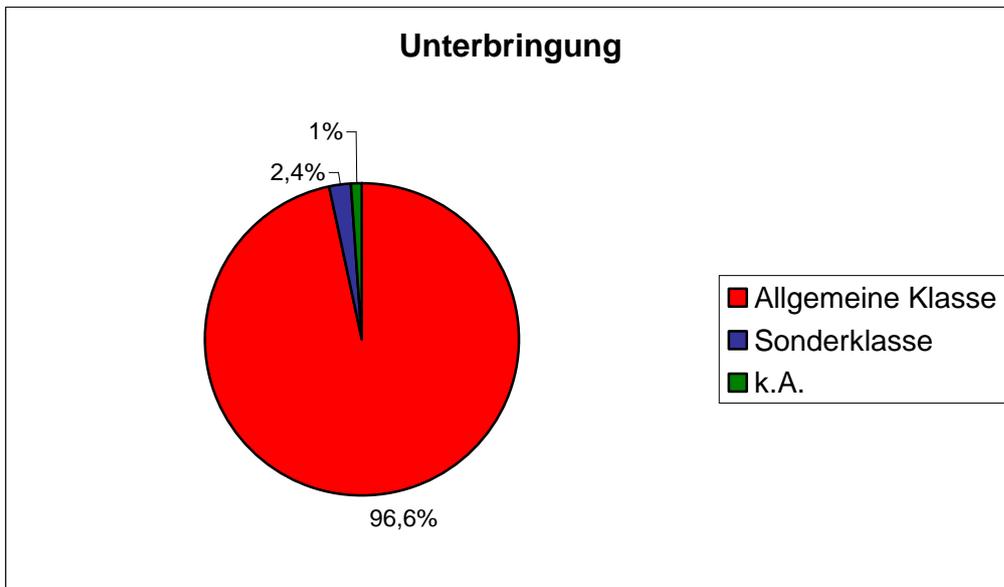
### Frage 3. Wie wurden Sie im Krankenhaus untergebracht?

Diese Frage haben 203 PatientInnen beantwortet, davon waren 198 Personen in Allgemeiner und fünf in Sonderklasse untergebracht. Das heißt, in diesem Zeitraum lagen 97% aller PatientInnen in der Allgemeinen Klasse und zwei Prozent hatten Sonderklasse. Ein Prozent der Befragten (zwei PatientInnen) haben keine Angaben über ihren Versicherungsstand angegeben.

Tabelle 3 **Unterbringung**

		<b>Unterbringung</b>			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Allgemeine Klasse	198	96,6	96,6	96,6
	Sonderklasse	5	2,4	2,4	99,0
	keine Antwort	2	1,0	1,0	100,0
	Total	205	100,0	100,0	

Graphik 3 **Unterbringung**



**Frage 4. Wie wurden Sie auf unsere Augenabteilung aufmerksam gemacht?**

30 PatientInnen hatten schon persönliche Erfahrung mit der Augenabteilung (15%).

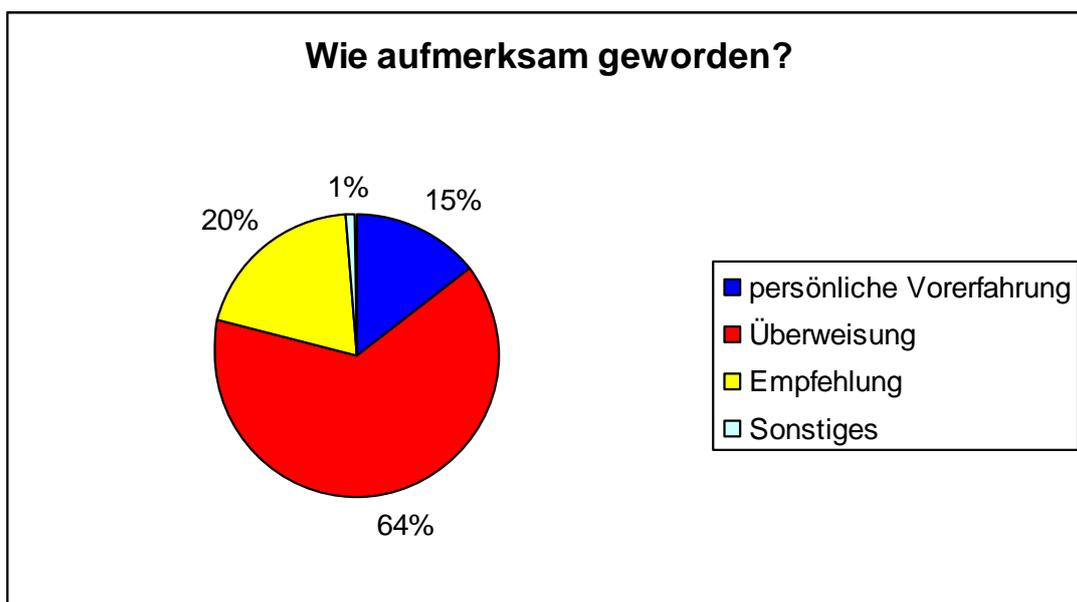
132 PatientInnen kamen mittels Facharztüberweisung zu uns (64%).

40 PatientInnen wurden durch Empfehlungen von Bekannten oder Freunden auf uns aufmerksam gemacht (20%), und 3 PatientInnen hatten „Sonstiges“ (ohne nähere Erklärung) angegeben (1%).

Tabelle 4 **KHR aufmerksam geworden**

		Wie sind Sie aufmerksam geworden			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	persönliche Vorerfahrung	30	14,6	14,6	14,6
	Überweisung	132	64,4	64,4	79,0
	Empfehlung	40	19,5	19,5	98,5
	Sonstiges	3	1,5	1,5	100,0
	Total	205	100,0	100,0	

Graphik 4 **KHR aufmerksam geworden**



**Frage 5. War unsere Abteilung in Ihrem Bekanntenkreis bereits vor Ihrem Aufenthalt bekannt, und wenn ja, welchen Ruf (welches Image) hat unsere Abteilung?**

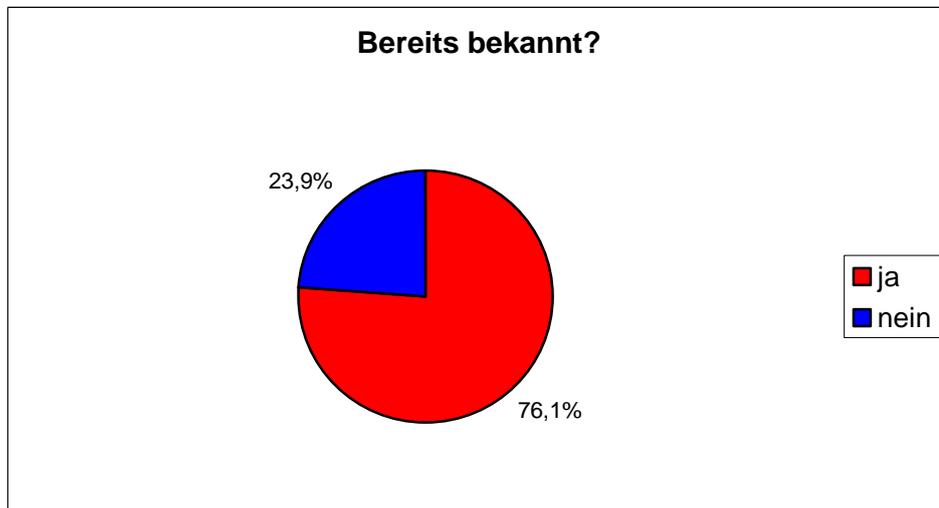
Bei 156 PatientInnen war unsere Augenabteilung schon vor ihren Aufenthalt bekannt, das entspricht 76,1%.

49 PatientInnen war die Augenabteilung unbekannt, das sind 23,9%.

**Tabelle 5 Bereits bekannt**

Bei Bekannten bekannt					
		Frequency	%	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ja	156	76,1	76,1	76,1
	nein	49	23,9	23,9	100,0
	Total	205	100,0	100,0	

**Graphik 5 Bereits bekannt**



Von den 156 PatientInnen wurde der Ruf dieser Abteilung „sehr gut“ bewertet, das sind 69,9%.

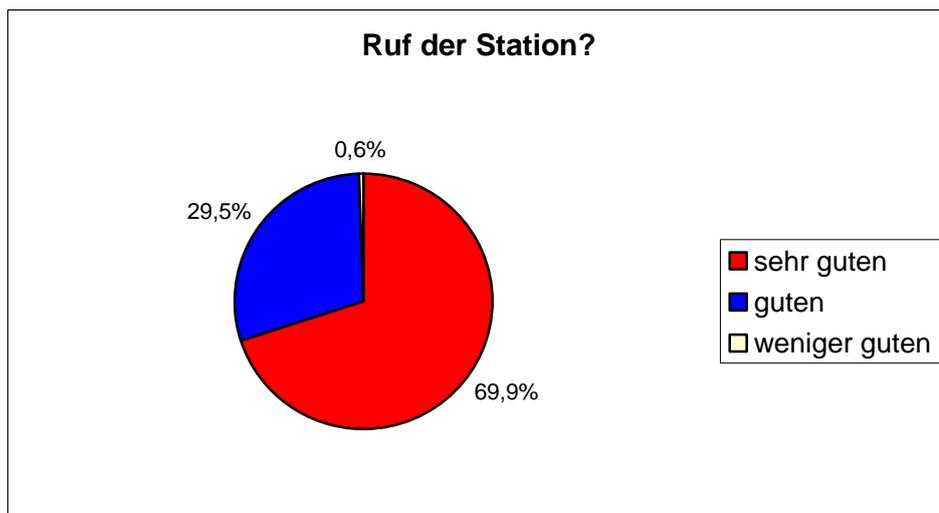
Mit einem „guten Ruf“ beantworteten 46 PatientInnen unsere Abteilung, das entspricht einem Prozentsatz von 29%.

Eine PatientIn hatte bei dieser Frage die Bewertung „weniger gut“ angegeben.

**Tabelle 6 Image/Ruf der Augenabteilung des KH Hietzing**

		Ruf			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sehr guten	109	53,2	69,9	69,9
	guten	46	22,4	29,5	99,4
	weniger guten	1	0,5	0,6	100,0
	Total	156	76,1	100,0	
Missing	System	49	23,9		
Total		205	100,0		

**Graphik 6 Image/Ruf der Augenabteilung des KH Hietzing**



**Frage 6. Haben Sie bei der Aufnahme auf der Augenstation Informationsunterlagen (Broschüre, Informationsblatt...) bekommen?**

86,8% der Befragten, das sind 178 PatientInnen, erhielten bei ihrer Aufnahme Informationsunterlagen.

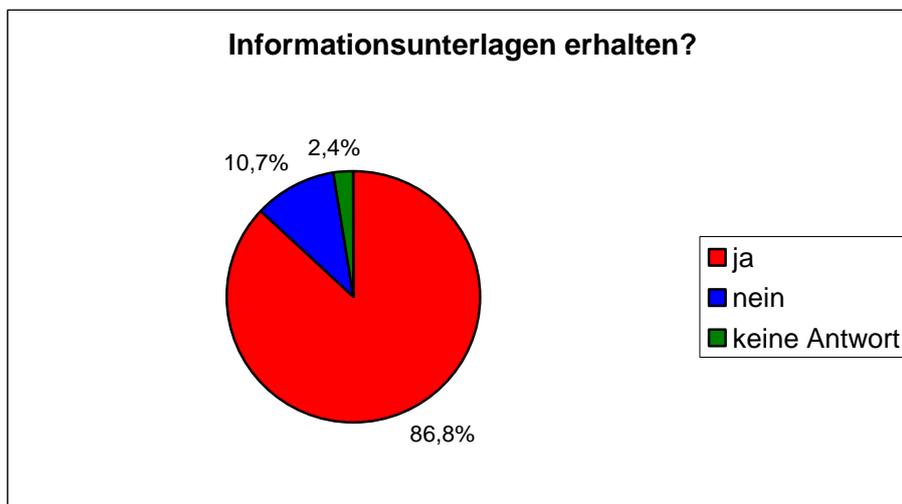
10,7% der Befragten, 22 PatientInnen, verneinten diese Frage.

Fünf PatientInnen gaben keine Auskunft.

**Tabelle 7 Informationsunterlagen**

Informationsunterlagen erhalten?					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ja	178	86,8	86,8	86,8
	nein	22	10,7	10,7	97,6
	keine Antwort	5	2,4	2,4	100,0
Total		205	100,0	100,0	

**Graphik 7 Informationsunterlagen**



**Frage 7. Wurden Sie von einer Schwester/einem Pfleger über den Tagesablauf (Essenszeiten, Besucherzeiten, Visitenzeiten...) auf der Station informiert?**

„Sehr ausführlich“ wurden 70 Personen (34,1%) über den Tagesablauf informiert.

„Ausführlich“ wurden 72 PatientInnen (35,1%) informiert.

„Weniger ausführlich“ informiert worden zu sein, gaben 16 PatientInnen an, das sind 8%.

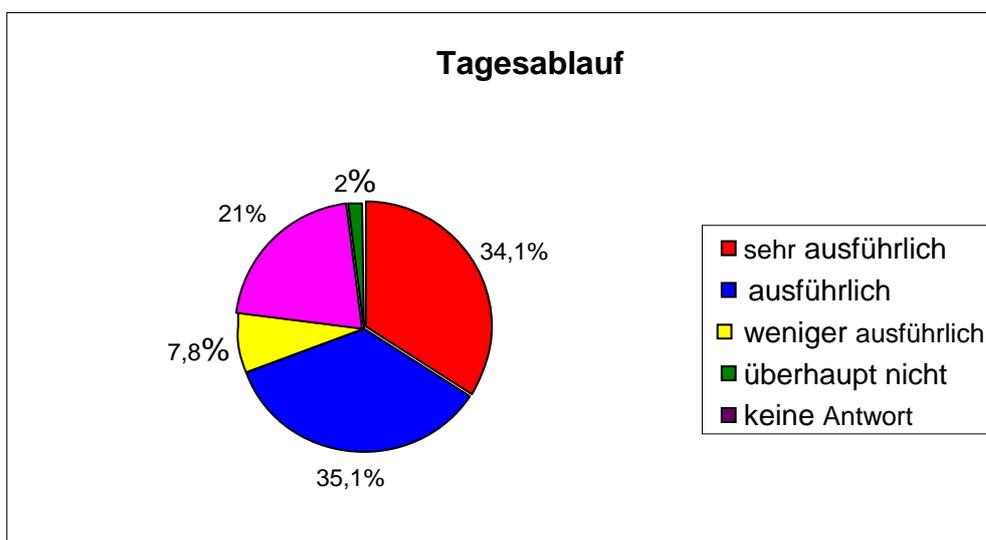
„Überhaupt nicht“ gaben 43 PatientInnen an, das entspricht 21 Prozent.

Vier PatientInnen haben diese Frage nicht beantwortet.

**Tabelle 8 Tagesablauf**

Info Tagesablauf					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sehr ausführlich	70	34,1	34,1	34,1
	ausführlich	72	35,1	35,1	69,3
	weniger ausführlich	16	7,8	7,8	77,1
	Überhaupt nicht	43	21,0	21,0	98,0
	keine Antwort	4	2,0	2,0	100,0
	Total	205	100,0	100,0	

**Graphik 8 Tagesablauf**



**Frage 8. Wie lange hat es ca. gedauert – vom Eintreffen in der Aufnahmekanzlei – bis Ihnen ein Bett auf der Station zugewiesen worden ist?**

Im Durchschnitt warteten die PatientInnen 32,83 Minuten auf ein freies Krankenbett.

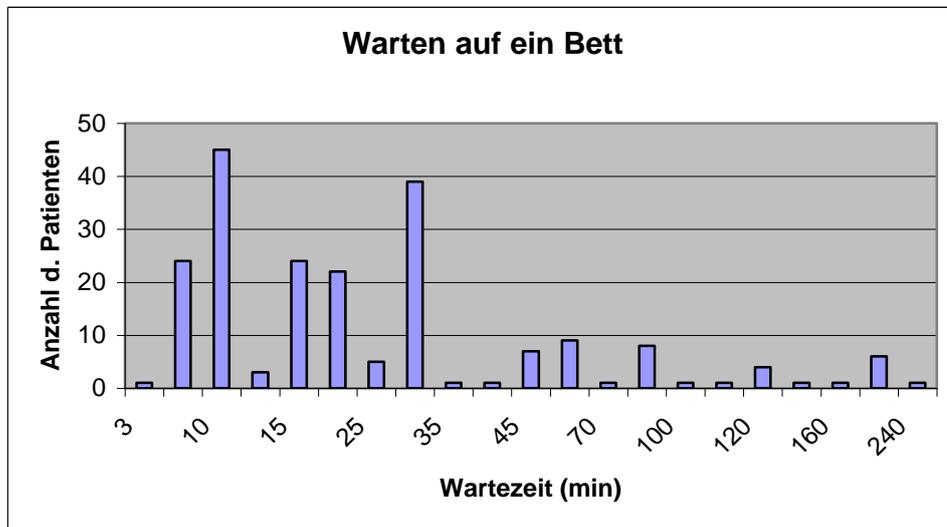
Tabelle 9 **Warten auf ein Bett**

**Statistics**

Warten auf ein Bett

N	Valid	205
	Missing	0
	Mittelwert	32,83
	Median	20,00

Graphik 9 **Warten auf ein Bett**



**Frage 9. Mit wie vielen PatientInnen waren Sie in einem Zimmer?**

14 PatientInnen lagen in einem Einbettzimmer, das sind 6,8%.

Zu zweit in einem Zimmer waren 27 PatientInnen, das sind 13,2%.

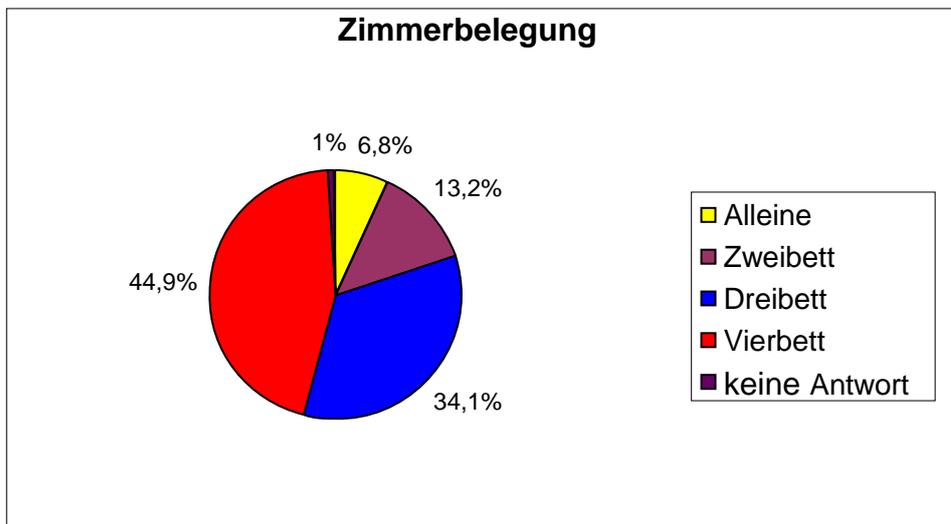
Ein Dreibettzimmer belegten 70 PatientInnen (34,1%).

Im Vierbettzimmer wurden 92 PatientInnen untergebracht, das entspricht 44,9%.

Tabelle 10 **Zimmerbelegung**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid alleine	14	6,8	6,8	6,8
Zweibett	27	13,2	13,2	20,0
Dreibett	70	34,1	34,1	54,1
Vierbett	92	44,9	44,9	99,0
keine Antwort	2	1,0	1,0	100,0
Total	205	100,0	100,0	

Graphik 10 **Zimmerbelegung**



**Frage 10. Wie zufrieden waren Sie mit der Ausstattung Ihres Zimmers und der sanitären Einrichtungen?**

157 PatientInnen fanden die Zimmereinrichtung „sehr zufrieden stellend“, das sind 76,6%.

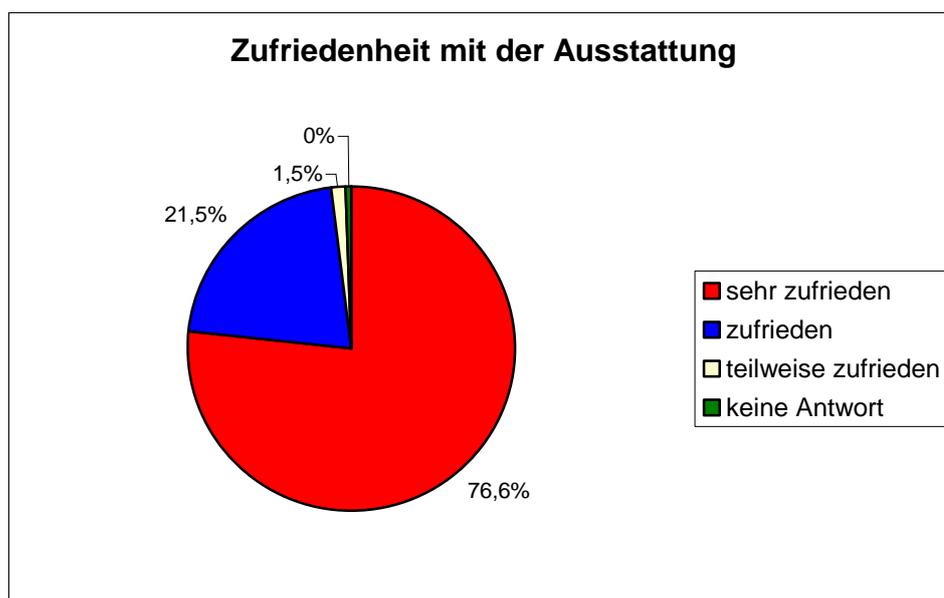
„Zufrieden“ waren 44 PatientInnen mit ihrem Zimmer, das sind 21,5%.

„Teilweise zufrieden“ waren drei PatientInnen, das entspricht einem Prozentsatz von 1,5%.

Tabelle 11 **Zufriedenheit mit der Raumausstattung**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Sehr zufrieden	157	76,6	76,6	76,6
zufrieden	44	21,5	21,5	98,0
teilweise zufrieden	3	1,5	1,5	99,5
keine Antwort	1	0,5	0,5	100,0
Total	205	100,0	100,0	

Graphik 11 **Zufriedenheit mit der Raumausstattung**



**Frage 11. Wie zufrieden waren Sie mit der Sauberkeit in Ihrem Zimmer?**

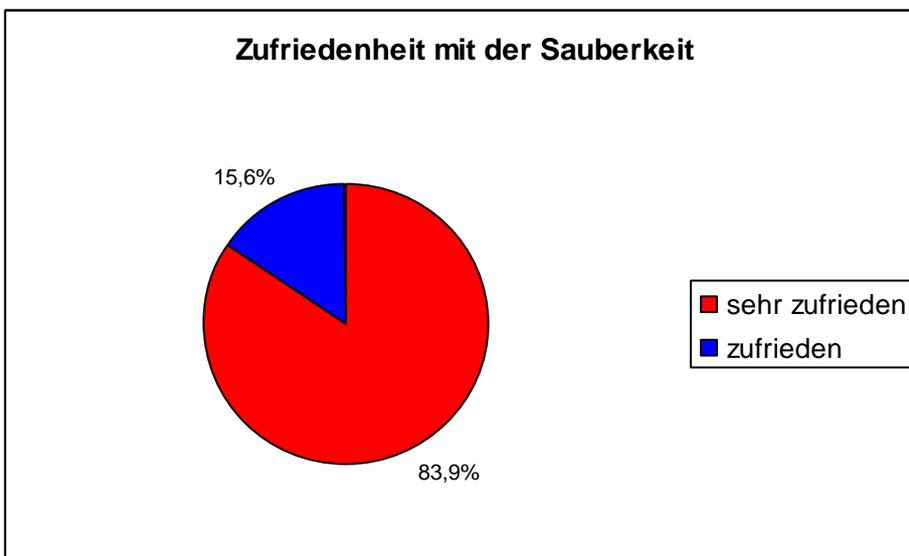
172 der PatientInnen (83,9%), waren mit der Sauberkeit ihres Zimmers „sehr zufrieden“.

32 PatientInnen waren mit der Sauberkeit „zufrieden“ (15,6%).

**Tabelle 12 Zufriedenheit mit der Sauberkeit**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid sehr zufrieden	172	83,9	83,9	83,9
zufrieden	32	15,6	15,6	99,5
keine Antwort	1	0,5	0,5	100,0
Total	205	100,0	100,0	

**Graphik 12 Zufriedenheit mit der Sauberkeit**



**Frage 12. Wie konnten Sie sich auf der Augenstation zurechtfinden (z.B. mittels Beschriftungen und Patienteninformationen)?**

126 Personen hatten keinerlei Schwierigkeiten sich auf der Bettenstation zurechtzufinden und urteilten mit „sehr gut“ (61,5%).

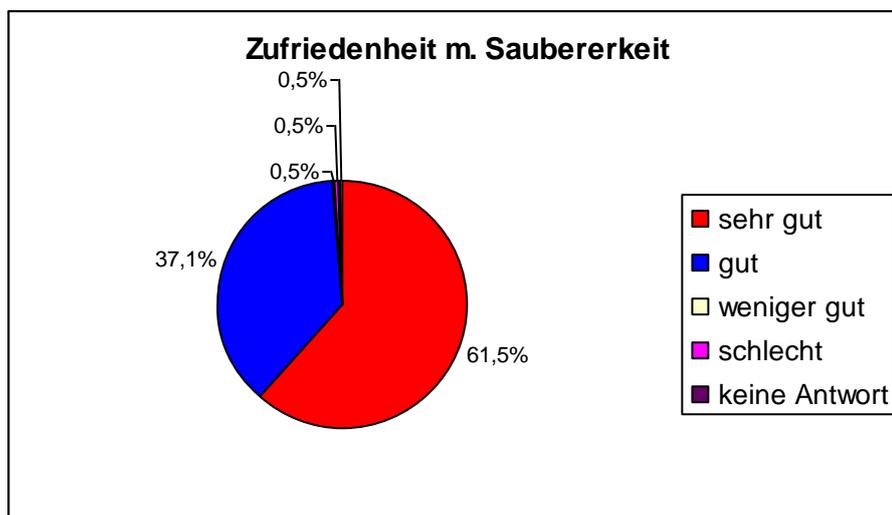
76 PatientInnen, das sind 37,1%, konnten sich „gut“ zurechtfinden.

„Weniger gut“ und „schlecht“ zurechtgefunden hatte sich jeweils nur eine PatientIn (0,5%).

Tabelle 13 **Zurechtfinden auf der Station**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid sehr gut	126	61,5	61,5	61,5
gut	76	37,1	37,1	98,5
weniger gut	1	0,5	0,5	99,0
schlecht	1	0,5	0,5	99,5
keine Antwort	1	0,5	0,5	100,0
Total	205	100,0	100,0	

Graphik 13 **Zurechtfinden auf der Station**



**Frage 13. Wie zufrieden waren Sie mit der Qualität des Essens?**

„Sehr zufrieden“ mit dem Essen waren 92 PatientInnen (44,9%).

„Zufrieden“ waren 88 der Befragten (42,9%).

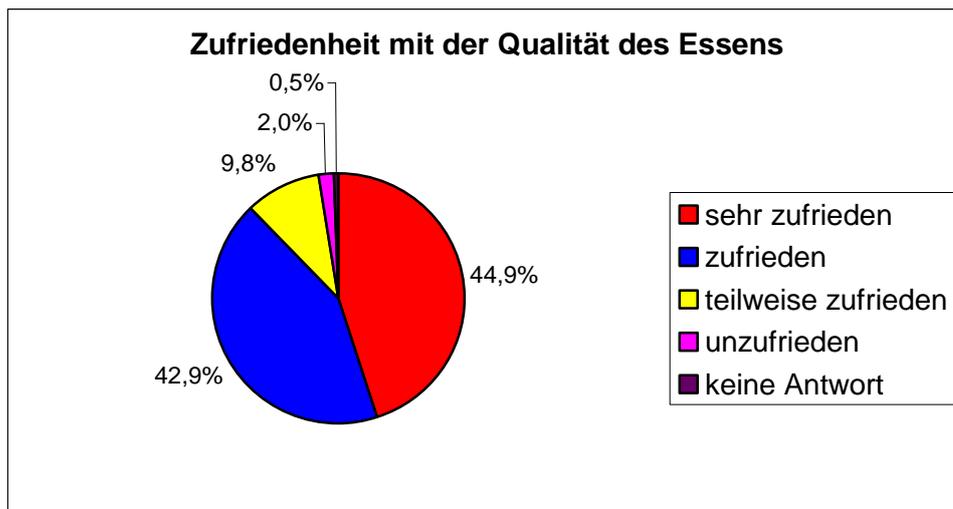
„Teilweise zufrieden“ mit dem Essen waren 20 PatientInnen (9,8%).

„Unzufrieden“ waren lediglich 4 Personen, das sind 2%.

Tabelle 14 **Zufriedenheit mit der Qualität des Essens**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sehr zufrieden	92	44,9	44,9	44,9
	zufrieden	88	42,9	42,9	87,8
	teilweise zufrieden	20	9,8	9,8	97,6
	unzufrieden	4	2,0	2,0	99,5
	keine Antwort	1	0,5	0,5	100,0
	Total	205	100,0	100,0	

Graphik 14 **Zufriedenheit mit der Qualität des Essens**



**Frage 14. Wie zufrieden waren Sie mit der Temperierung des Essens?**

76 der befragten PatientInnen waren mit der Temperierung des Spitalsessens „sehr zufrieden“, das sind 37,1%.

„Zufrieden“ mit der Essenstemperatur waren 107 PatientInnen (52,2%).

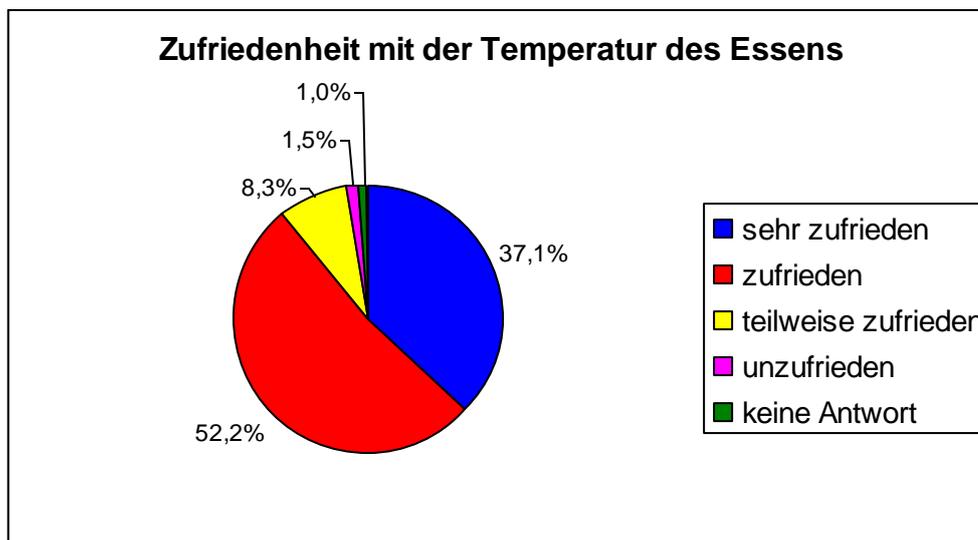
„Teilweise zufrieden“ 17 der Befragten (8,3%).

Drei PatientInnen waren „unzufrieden“, das sind (1,5%).

Tabelle 15 Temperatur des Essens

Temperatur des Essen					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sehr zufrieden	76	37,1	37,1	37,1
	zufrieden	107	52,2	52,2	89,3
	teilweise zufrieden	17	8,3	8,3	97,6
	unzufrieden	3	1,5	1,5	99,0
	keine Antwort	2	1,0	1,0	100,0
	Total	205	100,0	100,0	

Graphik 15 Temperatur des Essens



**Frage 15. Wurden Ihnen die Diagnose Katarakt ausführlich erklärt?**

„Sehr ausführlich“ aufgeklärt fühlten sich 98 PatientInnen, das entspricht 47,8%.

„Ausführlich“ aufgeklärt wurden 82 Personen, das sind 40%.

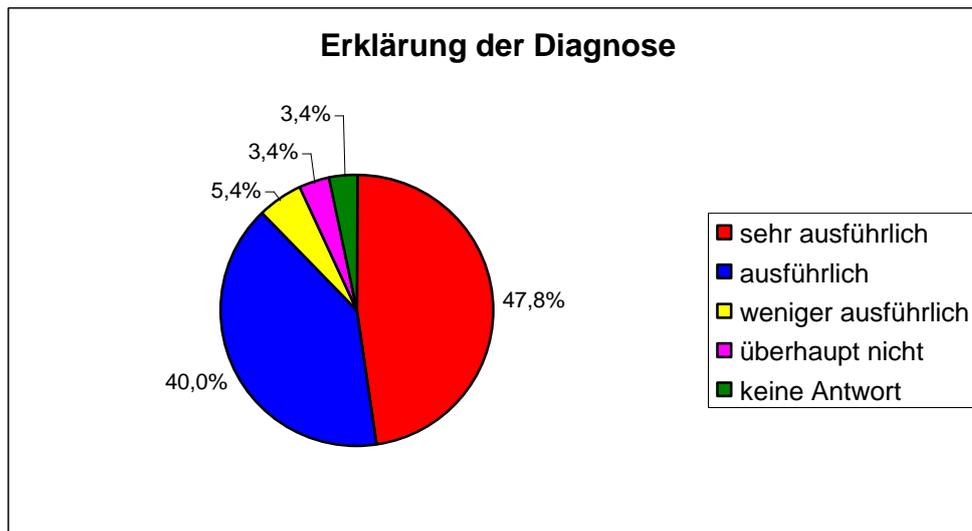
„Weniger gut“ aufgeklärt zu werden, empfanden 11 PatientInnen, das sind 5,4%.

„Überhaupt nicht“ aufgeklärt kreuzten 7 PatientInnen an, das sind 3,4%.

Tabelle 16 **Erklärung der Diagnose**

		Erklärung Diagnose			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sehr ausführlich	98	47,8	47,8	47,8
	ausführlich	82	40,0	40,0	87,8
	weniger ausführlich	11	5,4	5,4	93,2
	überhaupt nicht	7	3,4	3,4	96,6
	keine Antwort	7	3,4	3,4	100,0
	Total	205	100,0	100,0	

Graphik 16 **Erklärung der Diagnose**



**Frage 16. Wurden Sie von den ÄrztInnen in der Ambulanz ausreichend und gut verständlich über den geplanten Eingriff informiert?**

106 der PatientInnen wurden in der Ambulanz „sehr ausführlich“ aufgeklärt (51,7%).

68 der PatientInnen waren „ausführlich“ aufgeklärt worden (33,2%).

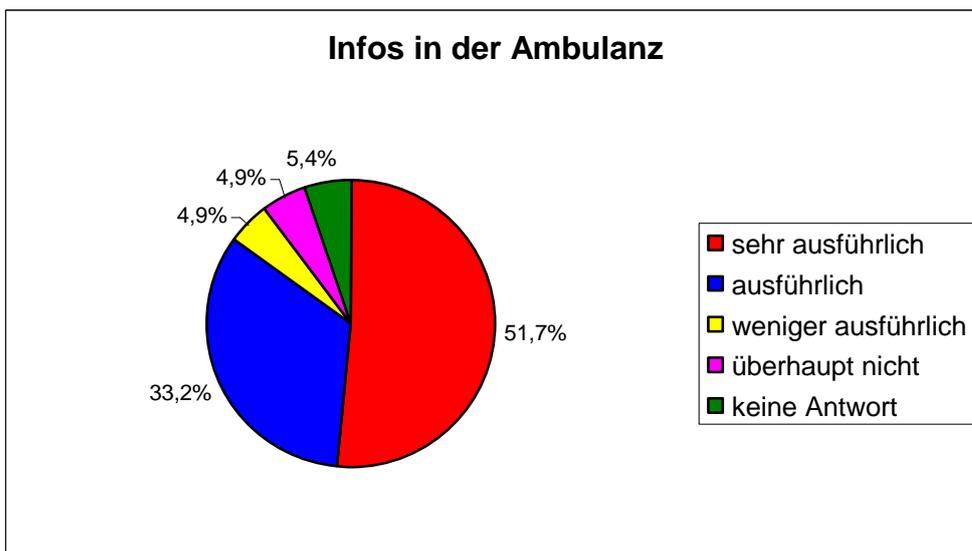
10 PatientInnen waren „weniger ausführlich“ aufgeklärt worden (4,9%).

„Überhaupt nicht“ aufgeklärt wurden 10 PatientInnen (4,9%).

Tabelle 17 **Information durch die Ambulanz**

Information über Eingriff Ambulanz					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sehr ausführlich	106	51,7	51,7	51,7
	ausführlich	68	33,2	33,2	84,9
	weniger ausführlich	10	4,9	4,9	89,8
	überhaupt nicht	10	4,9	4,9	94,6
	keine Antwort	11	5,4	5,4	100,0
	Total	205	100,0	100,0	

Graphik 17 **Information durch die Ambulanz**



**Frage 17. Wurden Sie von den Ärzten auf der *Augenstation* ausreichend und gut verständlich über den geplanten Eingriff informiert?**

„Sehr ausführlich“ informiert fühlten sich 114 der Befragten (55,6%).

„Ausführlich“ informiert wurden 72 PatientInnen, das sind 35,1%.

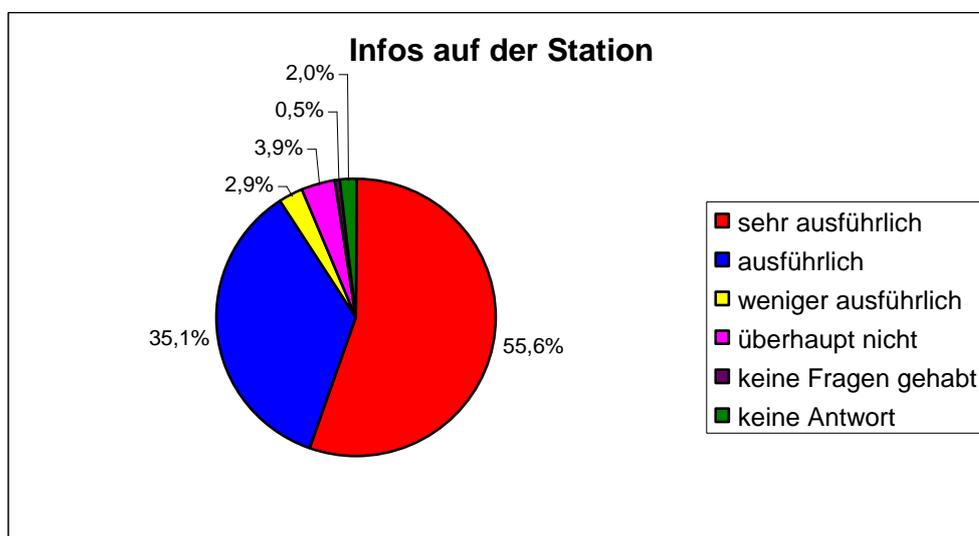
„Weniger ausführlich“ informiert fanden sich 6 PatientInnen (2,9%).

„Überhaupt nicht“ aufgeklärt worden zu sein, darüber klagten 8 der PatientInnen, das entspricht einem Prozentanteil von 3,9%.

Tabelle 18 **Information auf der Station**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid sehr ausführlich	114	55,6	55,6	55,6
ausführlich	72	35,1	35,1	90,7
weniger ausführlich	6	2,9	2,9	93,7
überhaupt nicht	8	3,9	3,9	97,6
keine Fragen gehabt	1	0,5	0,5	98,0
keine Antwort	4	2,0	2,0	100,0
Total	205	100,0	100,0	

Graphik 18 **Information auf der Station**



**Frage 18. Hatten Sie vor der Operation ausreichend Zeit *Fragen* zu stellen?**

113 PatientInnen beantworteten diese Frage mit „immer“, das sind 55,1%.

54 Personen hatten den Eindruck „meistens“ Zeit für Fragen zu haben, das sind 26,3%.

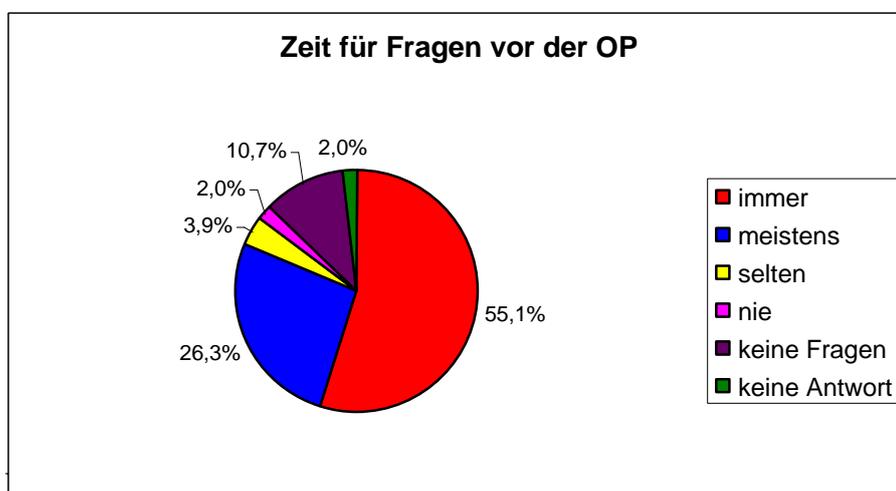
8 PatientInnen hatten das Gefühl „selten“ Zeit Fragen zu stellen, das sind 3,9%.

„Nie“ Zeit Fragen beantwortet zu bekommen, hatten 4 PatientInnen (2%).

**Tabelle 19 Präoperative Möglichkeit Fragen zu stellen**

Zeit für Fragen vor OP					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	immer	113	55,1	55,1	55,1
	meistens	54	26,3	26,3	81,5
	selten	8	3,9	3,9	85,4
	nie	4	2,0	2,0	87,3
	keine Fragen	22	10,7	10,7	98,0
	keine Antwort	4	2,0	2,0	100,0
	Total	205	100,0	100,0	

**Graphik 19 Präoperative Möglichkeit Fragen zu stellen**



**Frage 19. Hatten Sie Zeit nach der Operation Fragen zu stellen?**

„Immer“ Zeit Fragen nach der Operation zu stellen, hatten 96 der PatientInnen (46,8%).

Mit „meistens“ Zeit um Fragen zu stellen, antworteten 58 der Befragten (28,3%).

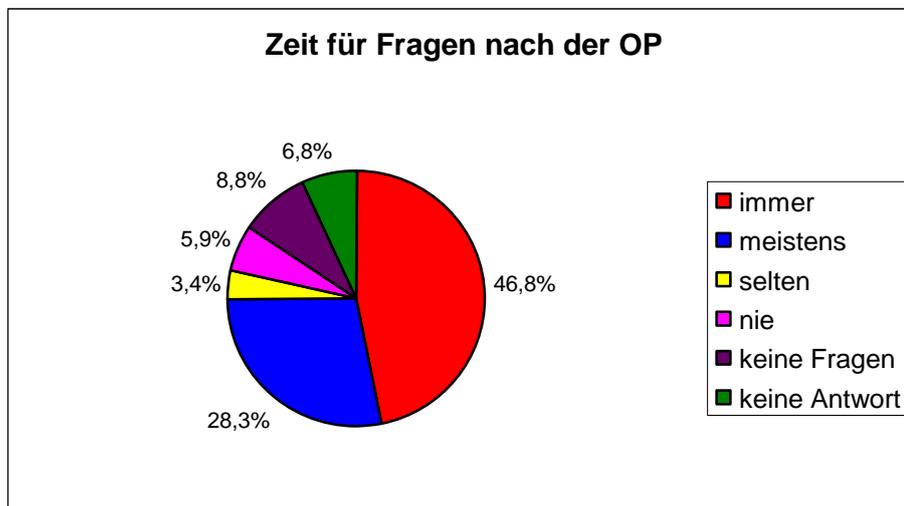
„Selten“ waren 7 PatientInnen der Meinung (3,4%).

„Nie“ Fragen beantwortet zu bekommen, hatten 12 PatientInnen den Eindruck (5,9%).

**Tabelle 20 Postoperative Möglichkeit Fragen zu stellen**

		Zeit für Fragen nach OP			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	immer	96	46,8	46,8	46,8
	meistens	58	28,3	28,3	75,1
	selten	7	3,4	3,4	78,5
	nie	12	5,9	5,9	84,4
	keine Fragen	18	8,8	8,8	93,2
	keine Antwort	14	6,8	6,8	100,0
	Total	205	100,0	100,0	

**Graphik 20 Postoperative Möglichkeit Fragen zu stellen**



**Frage 20. Haben sich die ÄrztInnen ausreichend Zeit für Sie genommen?**

137 PatientInnen waren der Meinung, dass „immer“ Zeit vorhanden war (66,8%).

49 der Befragten hatten den Eindruck, dass die ÄrztInnen „meistens“ Zeit für Sie hatten (23,9%).

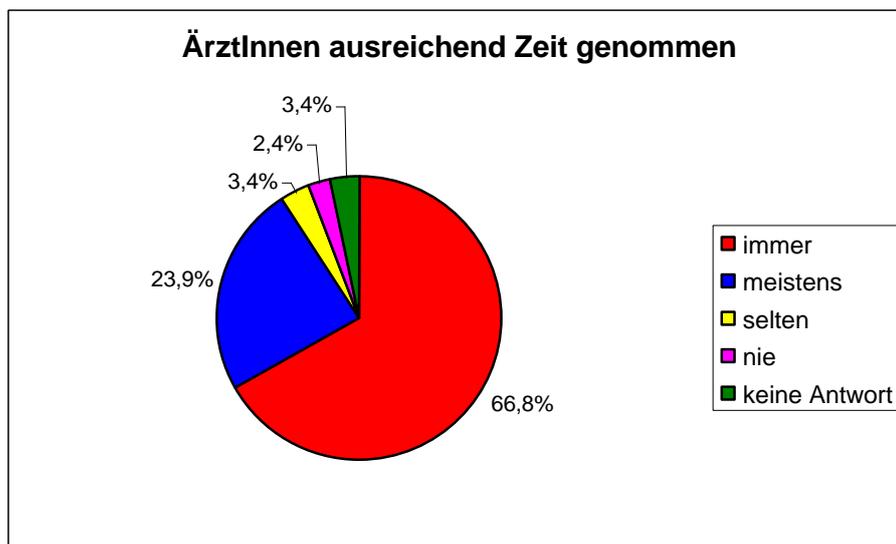
„Selten“ Zeit für sie zu haben, dessen Meinung waren 7 PatientInnen (3,4%).

„Nie“ Zeit gehabt zu haben, diese Meinung vertraten 5 PatientInnen, das sind 2,4%.

Tabelle 21 **ÄrztInnen Zeit genommen**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	immer	137	66,8	66,8	66,8
	meistens	49	23,9	23,9	90,7
	selten	7	3,4	3,4	94,1
	nie	5	2,4	2,4	96,6
	keine Antwort	7	3,4	3,4	100,0
	Total	205	100,0	100,0	

Graphik 21 **ÄrztInnen Zeit genommen**



### Frage 21. Sind die ÄrztInnen auf Ihre Bedenken und Ängste eingegangen?

Der Meinung „immer“ auf die Ängste und Bedenken eingegangen zu sein, waren 117 PatientInnen (57,1%).

41 PatientInnen waren der Meinung, dass die ÄrztInnen „meistens“ auf ihre Ängste eingegangen sind (20,0%).

„Selten“, dieser Meinung waren 4 der Befragten (2%).

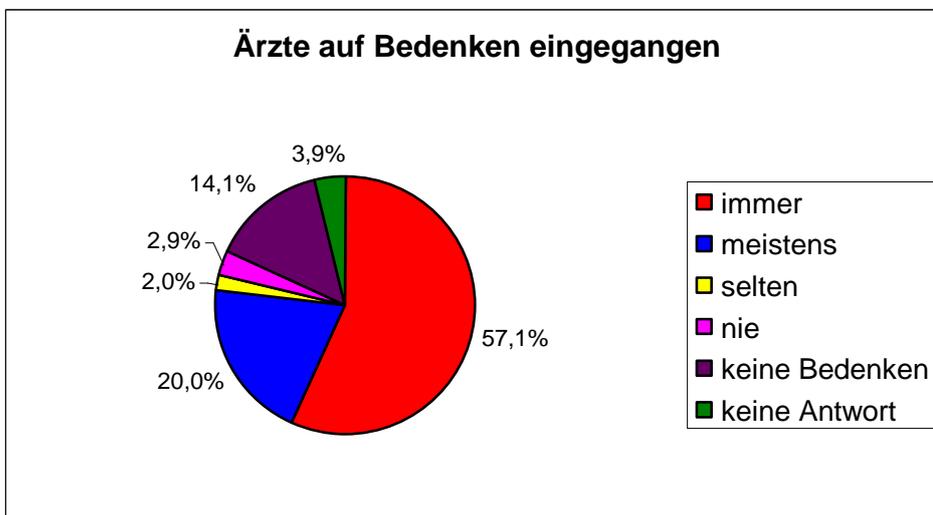
6 PatientInnen hatten „nie“ das Gefühl, dass auf ihre Ängste und Bedenken, von Seiten der ÄrztInnen, eingegangen wurde (2,9%).

29 PatientInnen hatten keinerlei Ängste oder Bedenken (14,1%).

Tabelle 22 **ÄrztInnen auf Bedenken eingegangen**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid immer	117	57,1	57,1	57,1
meistens	41	20,0	20,0	77,1
selten	4	2,0	2,0	79,0
nie	6	2,9	2,9	82,0
keine Bedenken	29	14,1	14,1	96,1
keine Antwort	8	3,9	3,9	100,0
Total	205	100,0	100,0	

Graphik 22 **ÄrztInnen auf Bedenken eingegangen**



**Frage 22. Hat sich das Pflegepersonal Zeit für Sie genommen?**

147 der Befragten hatten das Gefühl, das sich das Pflegepersonal „immer“ Zeit für sie genommen hatte (71,7%).

47 der PatientInnen waren der Ansicht, dass sie „meistens“ Zeit für sie hatten (22,9%).

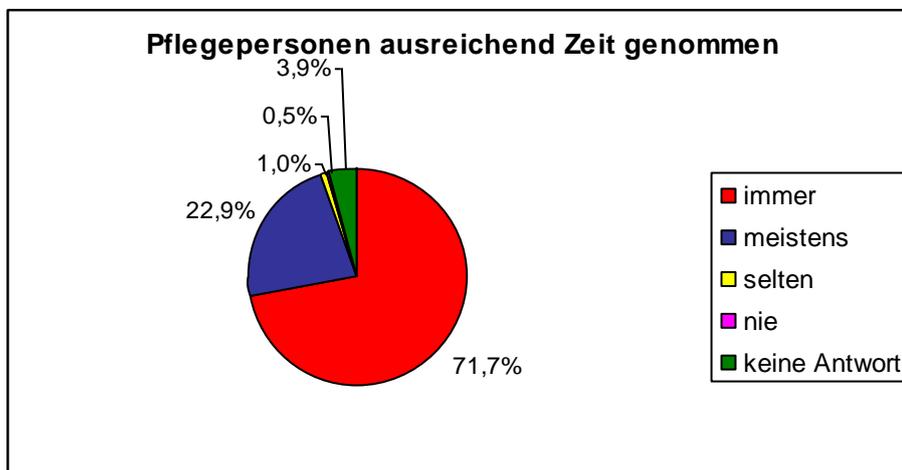
Zwei PatientInnen waren der Meinung, dass die Schwestern und Pfleger „selten“ Zeit für sie hatten (1%).

„Nie“ Zeit für sie zu haben, das glaubte eine PatientIn (0,5%),  $p = 0,000$

Tabelle 23 **Zeitfaktor des Pflegepersonals**

		Pflegepersonal Zeit genommen			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	immer	147	71,7	71,7	71,7
	meistens	47	22,9	22,9	94,6
	selten	2	1,0	1,0	95,6
	nie	1	0,5	0,5	96,1
	keine Antwort	8	3,9	3,9	100,0
	Total	205	100,0	100,0	

Graphik 23 **Zeitfaktor des Pflegepersonals**



**Frage 23. Ist das Pflegepersonal auf Ihre Bedenken und Ängste eingegangen?**

118 Personen waren der Meinung, dass das Pflegepersonal „immer“ auf ihre Bedenken und Ängste eingegangen sind (57,6%).

38 hatten „meistens“ das Gefühl (18,5%), dass auf ihre Bedenken und Ängste eingegangen wurde.

7 PatientInnen hatten „selten“ angegeben (3,4%).

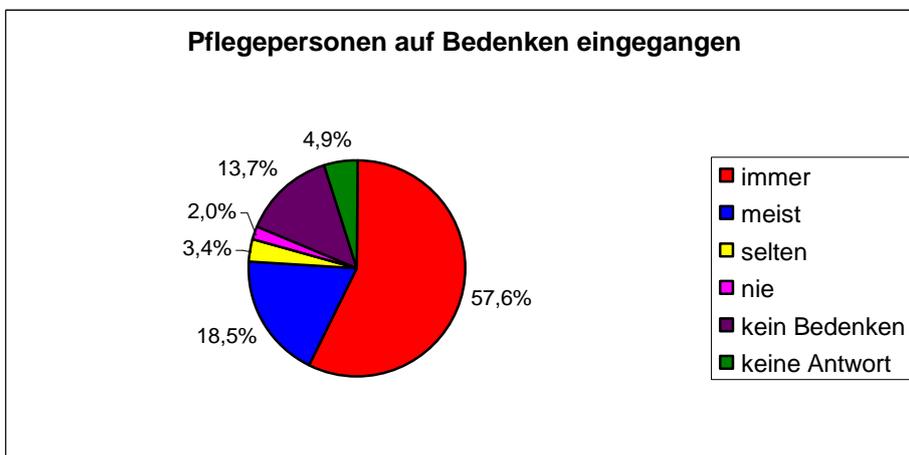
Vier PatientInnen waren der Ansicht, dass das Pflegepersonal „nie“ auf Ihre Bedenken oder Ängste eingegangen ist (2%).

„Keine Bedenken oder Ängste“ hatten 28 der befragten Personen (13,7%).

**Tabelle 24 Pflegepersonal auf Bedenken eingegangen**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	immer	118	57,6	57,6	57,6
	meist	38	18,5	18,5	76,1
	selten	7	3,4	3,4	79,5
	nie	4	2,0	2,0	81,5
	kein Bedenken	28	13,7	13,7	95,1
	keine Antwort	10	4,9	4,9	100,0
	Total	205	100,0	100,0	

**Graphik 24 Pflegepersonal auf Bedenken eingegangen**



**Frage 24. Hat das Pflegepersonal Ihre Therapieverordnungen zeitlich eingehalten?**

172 PatientInnen waren der Meinung, dass das Pflegepersonal „immer“ die Therapien zeitlich eingehalten hat (83,9%).

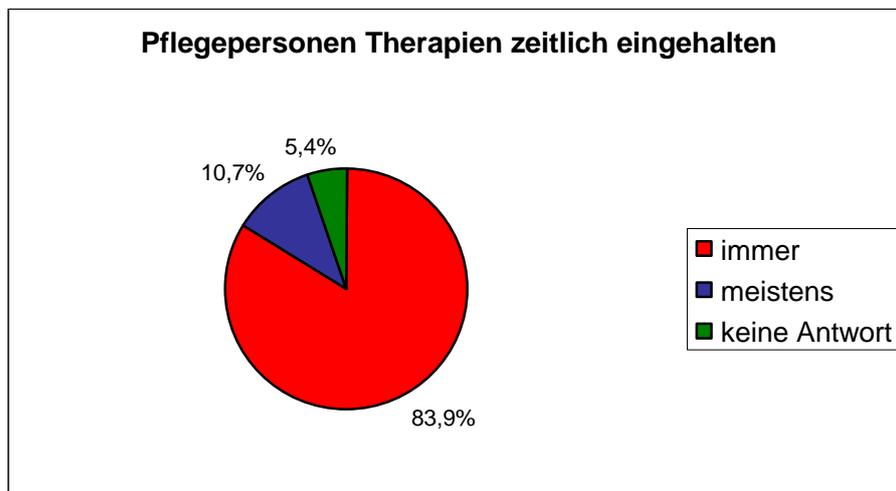
„Meistens“, dieser Meinung waren 22 der Befragten (10,7%).

Keine Antwort gaben 11 der PatientInnen (5,4%).

Tabelle 25 **Therapieplan eingehalten**

		Pflegepersonal Therapie zeitlich eingehalten			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	immer	172	83,9	83,9	83,9
	meistens	22	10,7	10,7	94,6
	keine Antwort	11	5,4	5,4	100,0
	Total	205	100,0	100,0	

Graphik 25 **Therapieplan eingehalten**



**Frage 25. Hatten Sie das Gefühl, ein Mitspracherecht bei pflegerischen Maßnahmen zu besitzen?**

84 PatientInnen gaben an, „immer“ ein Mitspracherecht bei den pflegerischen Maßnahmen besessen zu haben (41%).

„Meistens“, dieser Meinung waren 64 der PatientInnen (31,2%).

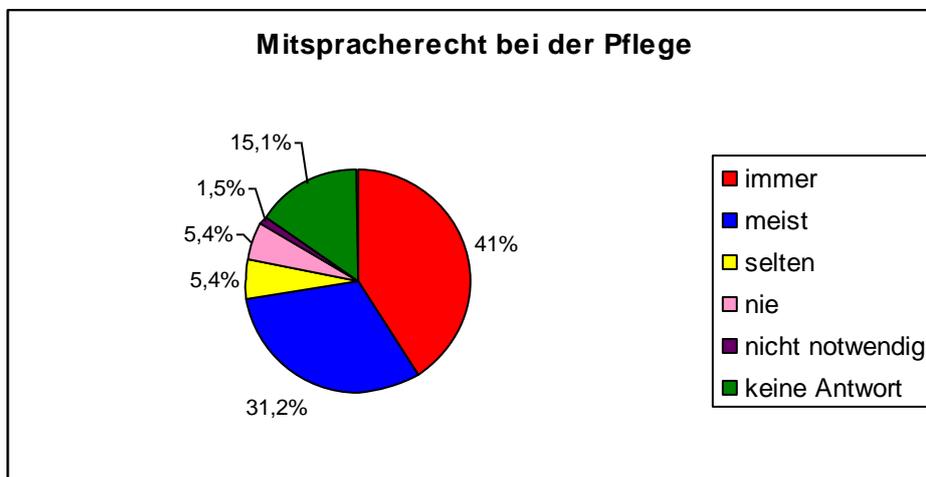
„Selten“ und „Nie“ ein Mitspracherecht besessen zu haben, waren jeweils 11 PatientInnen (5,4%).

„Keine Antwort“ gaben 31 der Befragten (15,1%).

**Tabelle 26 Mitspracherecht bei der Pflege**

Mitspracherecht bei den pflegerischen Maßnahmen					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	immer	84	41,0	41,0	41,0
	meist	64	31,2	31,2	72,2
	selten	11	5,4	5,4	77,6
	nie	11	5,4	5,4	82,9
	nicht notwendig	3	1,5	1,5	84,4
	keine Antwort	31	15,1	15,1	99,5
	Total	205	100,0	100,0	

**Graphik 26 Mitspracherecht bei der Pflege**



**Frage 26. Wurden Sie bzw. Ihre Familie über Ihre Entlassung rechtzeitig informiert?**

„Ja“, dieser Meinung waren 151 PatientInnen (73,7%).

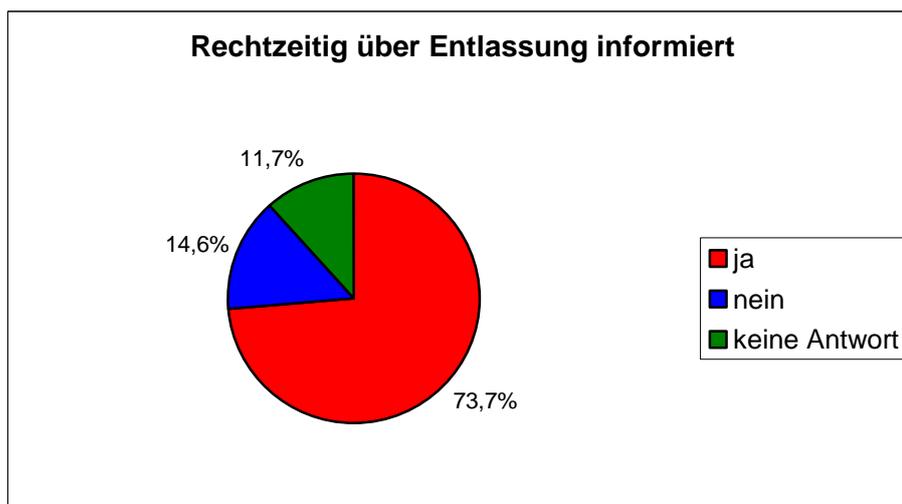
„Nein“, nicht rechtzeitig informiert worden zu sein, war die Antwort von 30 PatientInnen (14,6%).

„Keine Antwort“ gaben 24 der Befragten (11,7%).

Tabelle 27 **Entlassung**

Über Entlassung informiert					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ja	151	73,7	73,7	73,7
	nein	30	14,6	14,6	88,3
	keine Antwort	24	11,7	11,7	100,0
	Total	205	100,0	100,0	

Graphik 27 **Entlassung**



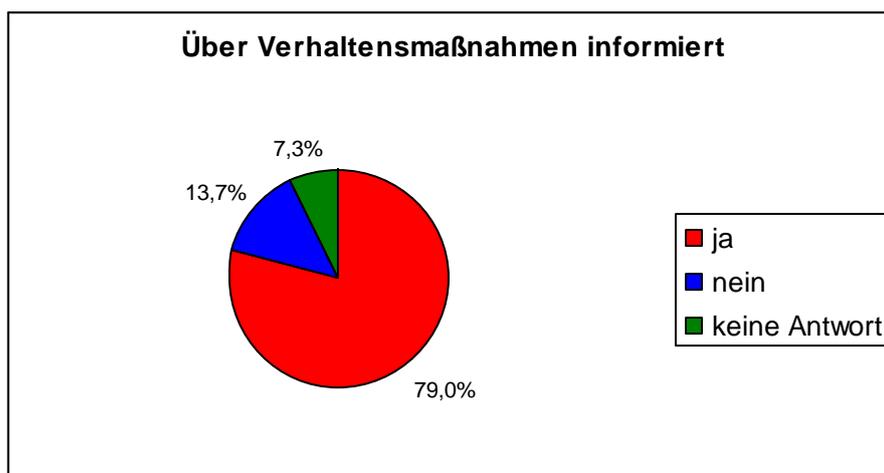
**Frage 27. Wurden Sie vom Pflegepersonal über die Verhaltensmaßnahmen nach der Operation des Grauen Stars aufgeklärt?**

162 PatientInnen wurden über die Maßnahmen von einer Pflegeperson aufgeklärt (79%).  
28 der Befragten hatten keine Aufklärung erhalten (13,7%).

**Tabelle 28 Verhaltensmaßnahmen postoperativ aufgeklärt**

		Vom Pflegepersonal aufgeklärt			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ja	162	79,0	79,0	79,0
	nein	28	13,7	13,7	92,7
	keine Antwort	15	7,3	7,3	100,0
	Total	205	100,0	100,0	

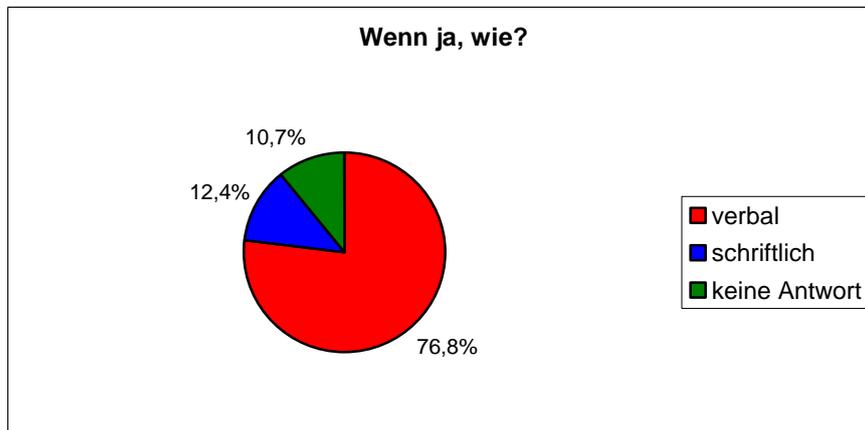
**Graphik 28 Verhaltensmaßnahmen postoperativ aufgeklärt**



136 Personen wurden mündlich informiert (76,8 %).

22 PatientInnen erhielten schriftliche Informationen (12,4 %).

Graphik 29 Informationsgabe



**Frage 28. Wie wichtig war es Ihnen von den ÄrztInnen und dem Pflegepersonal genau informiert zu werden?**

152 waren der Meinung, dass Informationen „sehr wichtig“ für sie seien (74,1%).

„Wichtig“ informiert zu werden, waren 39 der Befragten (19%).

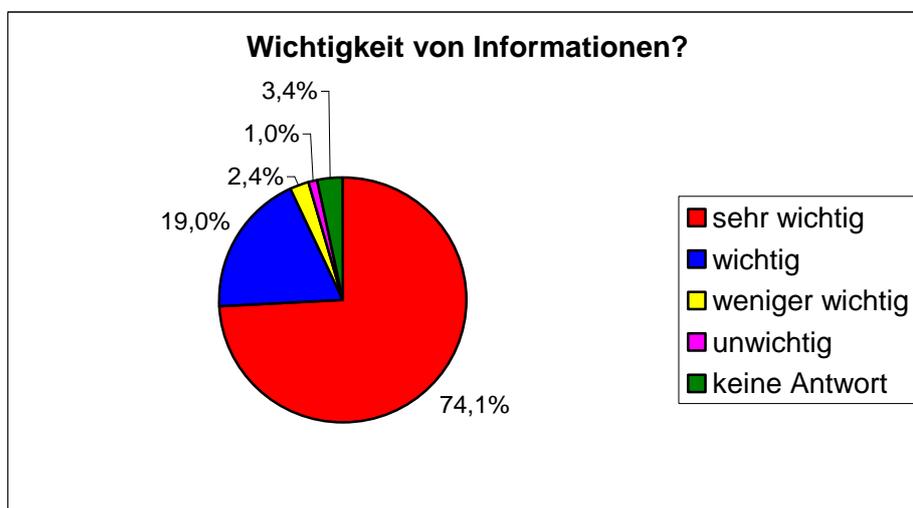
„Weniger wichtig“ Informationen zu erhalten fanden 5 PatientInnen (2,4%).

„Unwichtig“ haben 2 PatientInnen angegeben (1%).

**Tabelle 30 Wertigkeit von Information**

Wie wichtig sind Informationen					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sehr wichtig	152	74,1	74,1	74,1
	wichtig	39	19,0	19,0	93,2
	weniger wichtig	5	2,4	2,4	95,6
	unwichtig	2	1,0	1,0	96,6
	keine Antwort	7	3,4	3,4	100,0
	Total	205	100,0	100,0	

**Graphik 30 Wertigkeit von Information**



**Frage 29. Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit der Augenabteilung des KH Hietzing?**

169 PatientInnen waren mit der Augenabteilung des KH Hietzing „sehr zufrieden“ (82,4%).

„Zufrieden“ waren 25 der Befragten, das entspricht einem Prozentanteil von 12,2%.

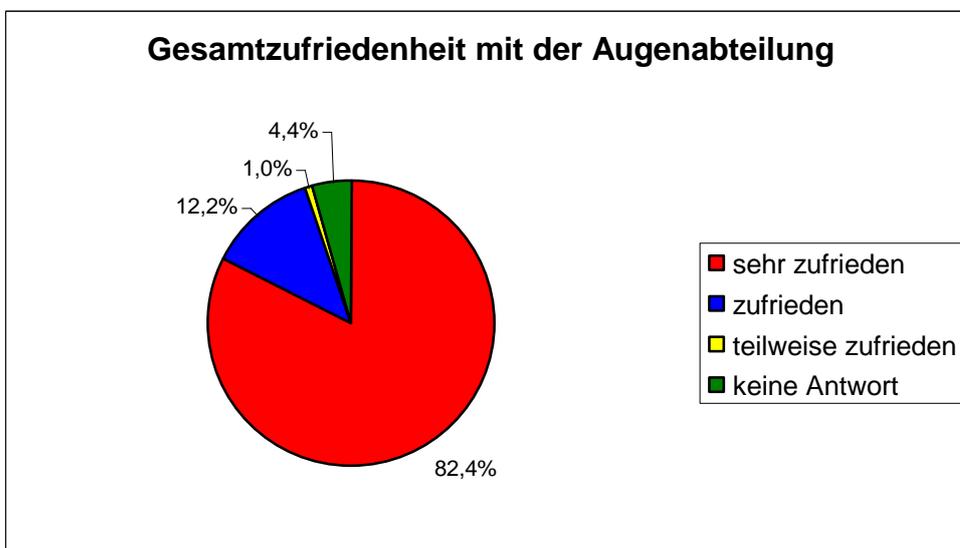
„Teilweise zufrieden“ waren 2 PatientInnen (1%).

„Keine Antwort“ bezüglich dieser Frage gaben 9 PatientInnen (4,4%).

**Tabelle 31 Gesamtzufriedenheit mit der Augenabteilung**

		Gesamtzufriedenheit			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sehr zufrieden	169	82,4	82,4	82,4
	zufrieden	25	12,2	12,2	94,6
	teilweise zufrieden	2	1,0	1,0	95,6
	keine Antwort	9	4,4	4,4	100,0
	Total	205	100,0	100,0	

**Graphik 31 Gesamtzufriedenheit mit der Augenabteilung**



**Frage 30. Wie zufrieden waren Sie mit der ärztlichen Betreuung?**

Mit der ärztlichen Betreuung waren 169 PatientInnen „sehr zufrieden“ (82,4%).

25 PatientInnen waren mit der Betreuung „zufrieden“ (12,2%).

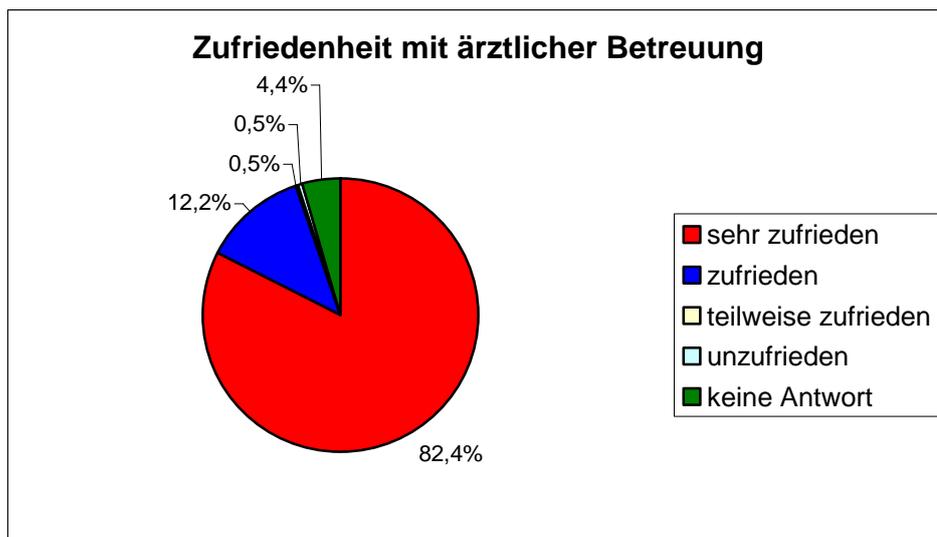
„Teilweise zufrieden“ bzw. „unzufrieden“ waren jeweils nur eine PatientIn (0,5%).

9 der Befragten gaben „keine Antwort“ auf diese Frage (4,4%).

Tabelle 32 **Zufriedenheit mit der ärztlichen Betreuung**

Wie zufrieden waren Sie mit den Ärzten					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sehr zufrieden	169	82,4	82,4	82,4
	zufrieden	25	12,2	12,2	94,6
	teilweise zufrieden	1	0,5	0,5	95,1
	unzufrieden	1	0,5	0,5	95,6
	keine Antwort	9	4,4	4,4	100,0
	Total	205	100,0	100,0	

Graphik 32 **Zufriedenheit mit der ärztlichen Betreuung**



**Frage 31. Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit der pflegerischen Betreuung?**

161 PatientInnen waren mit der pflegerischen Betreuung „sehr zufrieden“ (78,5%).

31 PatientInnen waren „zufrieden“ (15,1%).

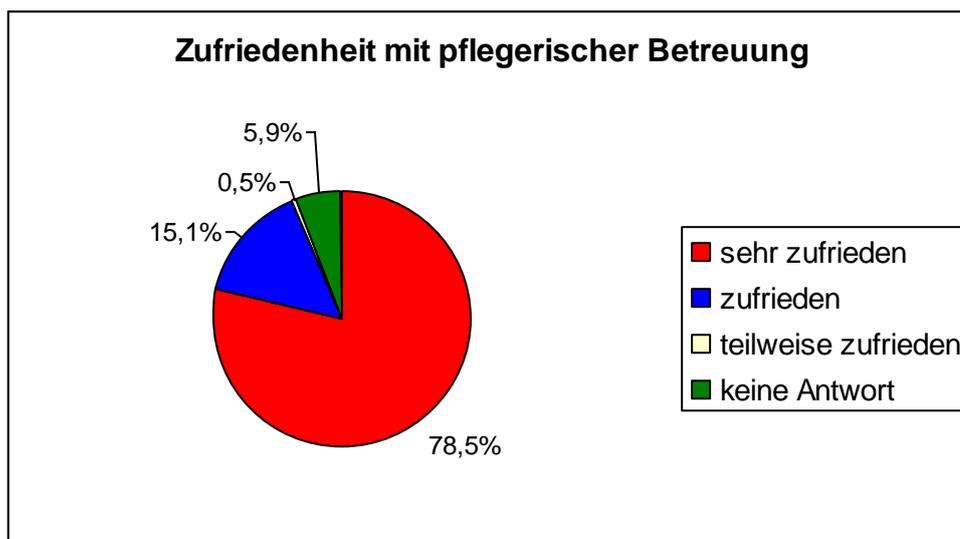
Eine PatientIn war nur „teilweise zufrieden“ (0,5%).

Keine Antworten gaben 12 der Befragten (5,9%).

**Tabelle 33 Zufriedenheit mit der pflegerischen Betreuung**

		Wie zufrieden mit der Pflege			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sehr zufrieden	161	78,5	78,5	78,5
	zufrieden	31	15,1	15,1	93,7
	teilweise zufrieden	1	0,5	0,5	94,1
	keine Antwort	12	5,9	5,9	100,0
	Total	205	100,0	100,0	

**Graphik 33 Zufriedenheit mit der pflegerischen Betreuung**



**Frage 32. Würden Sie die Augenabteilung des Krankenhauses Hietzing an Ihre Bekannten und Freunde weiterempfehlen?**

194 PatientInnen würden diese Abteilung weiterempfehlen (94,6%).

11 PatientInnen enthielten sich der Antwort (5,4%).

Tabelle 34 **Weiterempfehlung**

		<b>Weiterempfehlen</b>			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ja	194	94,6	94,6	94,6
	keine Antwort	11	5,4	5,4	100,0
Total		205	100,0	100,0	

**Frage 33. Wenn Sie die Möglichkeit hätten, die Operation des Grauen Stars ambulant durchführen zu lassen (stationäre Aufnahme, Operation und Entlassung am gleichen Tag), würden Sie dieses Angebot in Anspruch nehmen?**

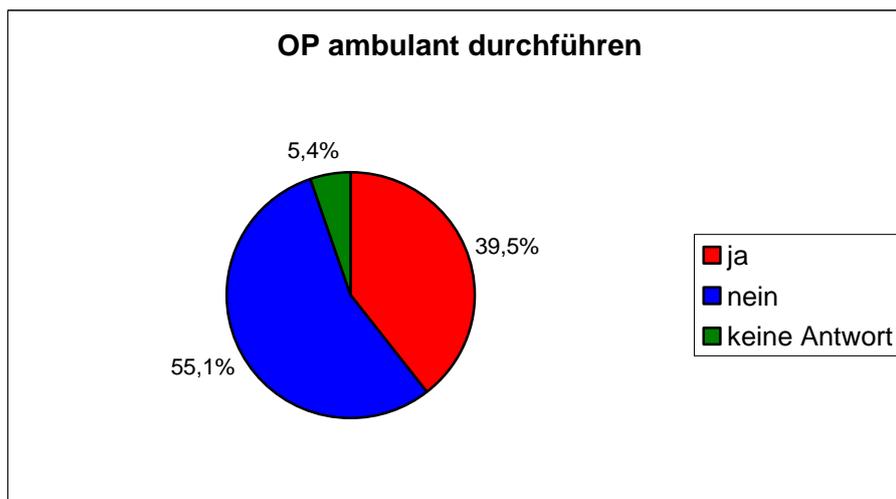
113 PatientInnen würden dieses Angebot nicht in Anspruch nehmen (55,1%).

81 PatientInnen hätten gegen eine ambulante Kataraktoperation keine Einwände (39,5%).

Tabelle 35 **Katarakt ambulant durchführen**

		OP ambulant			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ja	81	39,5	39,5	39,5
	nein	113	55,1	55,1	94,6
	keine Antwort	11	5,4	5,4	100,0
	Total	205	100,0	100,0	

Graphik 35 **Katarakt ambulant durchführen**



Einige Gründe warum die Patienten gegen eine ambulant durchgeführte Kataraktoperation sind:

55 PatientInnen würden das Gefühl der Sicherheit verlieren (26,8%).

13 PatientInnen waren der Meinung, im Notfall nicht rechtzeitig ärztliche Hilfe zu bekommen (6,3%).

6 PatientInnen hatten Angst, keine Nachuntersuchung zu erhalten (2,9%).

**Tabelle 36 Gründe gegen eine ambulante Katarakt Operation**

		Warum keine ambulante Operation?			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	keine ärztliche Betreuung	13	6,3	10,5	10,5
	keine Nachuntersuchung	6	2,9	4,8	15,3
	Angst vor Komplikationen	12	5,9	9,7	25,0
	Keine Sicherheit	55	26,8	44,4	69,4
	keine Antwort	33	16,1	26,6	96,0
	Bettlägerig	1	0,5	0,8	96,8
	Angst	4	2,0	3,2	100,0
	Total	124	60,5	100,0	
Missing	System	81	39,5		
Total		205	100,0		

**Frage 34. Welche Verbesserungsmöglichkeiten gibt es Ihrer Meinung nach noch auf der Abteilung?**

163 der Befragten gaben keine Antwort (79,5%).

36 der PatientInnen hatten keinerlei Verbesserungsvorschläge (17,6%).

Tabelle 37 **Verbesserungsvorschläge**

		<b>Verbesserungen</b>			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kürzere Wartezeiten auf einen Op-Termin	1	0,5	0,5	0,5
	zu wenig Pflegepersonen	1	0,5	0,5	1,0
	bessere Koordination	2	1,0	1,0	2,0
	Überforderung des Pflegepersonals	1	0,5	0,5	2,4
	Keinerlei Verbesserungen	36	17,6	17,6	20,0
	keine Antwort	163	79,5	79,5	99,5
	maximal drei Patienten in einem Zimmer	1	0,5	0,5	100,0
	<b>Total</b>	<b>205</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

## 15.1 Detailauswertung und Interpretation des Fragebogens zur PatientInnenzufriedenheit perioperativ im KH Hietzing

Für die nachfolgenden Berechnungen wurden nur jene PatientInnen berücksichtigt, die sämtliche Fragen dazu im vorgegebenen Rahmen beantworteten. Deshalb unterscheiden sich die Prozentangaben von jenen der deskriptiven Statistik.

### 1) Information der ÄrztInnen über den geplanten chirurgischen Eingriff in der Ambulanz vs. Informationsvermittlung auf der Station.

Kein signifikanter Unterschied konnte zwischen der Ambulanz und der Station festgestellt werden. So gaben 89,5%, 170 der PatientInnen an, „sehr ausführlich“ oder zumindest „ausführlich“ in der Ambulanz **informiert** worden zu sein. Auf der Station waren diese 92,7 % (176 PatientInnen). (Alle hier angegebenen Prozentangaben sind von jenen PatientInnen, die eine gültige Bewertung abgegeben haben). Dieser Unterschied erreichte kein Signifikanzniveau (Wilcoxon Test:<sup>68</sup>  $Z = -1,05$ ;  $p = 0,296$ ).

Info über Eingriff Ambulanz

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid sehr ausführlich	104	54,7	54,7	54,7
ausführlich	66	34,7	34,7	89,5
weniger ausführlich	10	5,3	5,3	94,7
überhaupt nicht	10	5,3	5,3	100,0
Total	190	100,0	100,0	

Info über Eingriff Station

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid sehr ausführlich	109	57,4	57,4	57,4
ausführlich	67	35,3	35,3	92,6
weniger ausführlich	6	3,2	3,2	95,8
überhaupt nicht	8	4,2	4,2	100,0

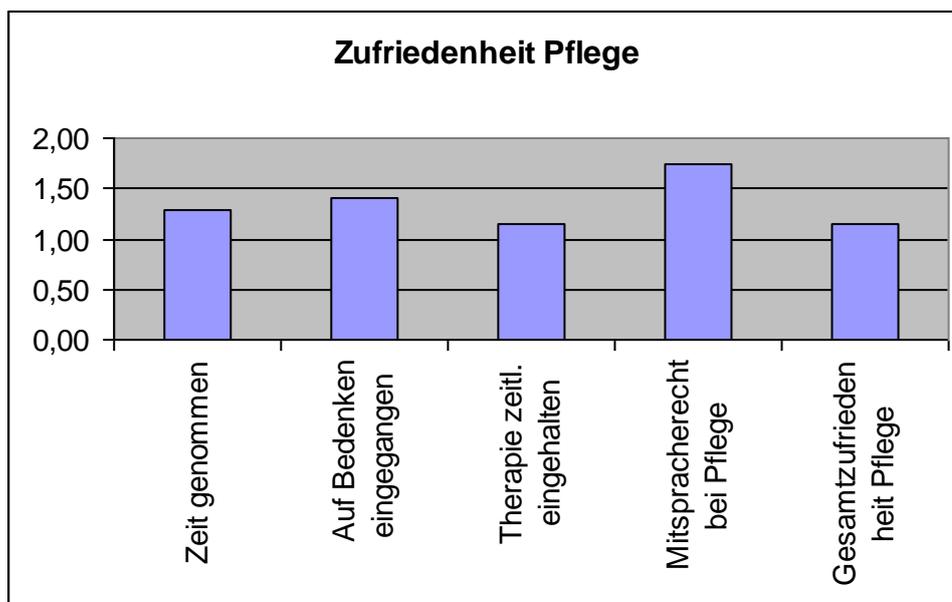
<sup>68</sup> Der Wilcoxon-Rangsummentest (Frank Wilcoxon (1892-1965)) ist der gebräuchlichste Test für das Lokalisationsproblem in der mathematischen Statistik und für den Vergleich der Mediane zweier unabhängigen Zufallsgrößen geeignet.

## 2) Zufriedenheit mit der pflegerischen Betreuung

Wie bereits in den anderen Auswertungen angegeben, ist die allgemeine *Zufriedenheit mit der pflegerischen Betreuung* auf der Bettenstation des Krankenhauses Hietzing sehr hoch (M=1,17). Sie unterschied sich auch nicht signifikant von der ärztlichen Betreuung (M=1,15) (Wilcoxon: Z=-0,983; p=0,348).

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid sehr zufrieden	161	83,4	83,4	83,4
zufrieden	31	16,1	16,1	99,5
teilweise zufrieden	1	0,5	0,5	100,0
Total	193	100,0	100,0	

Bei einer differenzierteren Betrachtung der *Zufriedenheit mit der pflegerischen Betreuung* sieht man jedoch, dass sich die Zufriedenheit in den Detailfragen signifikant voneinander unterscheiden (Friedman Test<sup>69</sup>: df=4; Chi<sup>2</sup>=116,413; p=0,00).



<sup>69</sup> Verteilungsfreier Test zur Varianzanalyse bei Blockversuchen

### 3) Zeitliche Einhaltung der Therapien durch das Pflegepersonal

Sehr zufrieden waren die befragten PatientInnen mit der *zeitlichen Einhaltung der pflegerischen Maßnahmen*. Diese wurde durchschnittlich mit einem Wert von 1,14 beurteilt. So gaben 88,7% der Befragten an (172 PatientInnen), das die Maßnahmen „immer“ zeitgerecht erfolgten und 11,3% (22) stufen dies mit „meistens“ ein.

**Therapie zeitlich eingehalten**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid immer	172	88,7	88,7	88,7
meistens	22	11,3	11,3	100,0
Total	194	100,0	100,0	

### 4) Zeit des Pflegepersonals für die PatientInnen

Etwas weniger positiv bewerteten die befragten PatientInnen die Frage, wie oft sich die Pflegepersonen *Zeit* für sie *genommen* haben (M=1,28). Dabei gaben 74,6% der Befragten an (147) dass dies „immer“ zutraf, bei 23,9% (47) war dies „meistens“, bei 2 PatientInnen (1%) „selten“ und bei einer Patientin (0,5%) „nie“ der Fall.

**Pflegeperson Zeit genommen**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid immer	147	74,6	74,6	74,6
meistens	47	23,9	23,9	98,5
selten	2	1,0	1,0	99,5
nie	1	0,5	0,5	100,0
Total	197	100,0	100,0	

Damit bewerteten sie das Kriterium „*Therapie zeitlich eingehalten*“ signifikant besser als das Kriterium „Pflegerperson Zeit für die PatientInnen genommen“ (Wilcoxon Test: Z=-3,709; p=0,000).

### 5) Pflegepersonal auf Bedenken der PatientInnen eingegangen

*Noch etwas negativer* beantworteten die PatientInnen die Frage, wie häufig die **Pflegepersonen** auf ihrer **Bedenken eingegangen** sind (M=1,40). Dabei gaben 70,7% der Befragten an (118), dass dies „häufig“ geschehen ist, bei 22,8% (38) passierte dies „meisten“, bei 4,2% (7) „selten“ und bei 2,4%(4) „nie“.

**Pflegepersonen auf Bedenken eingegangen**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid immer	118	70,7	70,7	70,7
meist	38	22,8	22,8	93,4
selten	7	4,2	4,2	97,6
nie	4	2,4	2,4	100,0
Total	167	100,0	100,0	

*Damit bewerteten die befragten PatientInnen diese Frage signifikant negativer* als die Frage wie häufig sich die Pflegepersonen Zeit für sie genommen haben. (Wilcoxon Test: Z=-1,961; p=0,05).

### 6) Mitspracherecht in der Pflege

*Am negativsten* bewerten die befragten PatientInnen ihr **Mitspracherecht bei der Pflege** (M=1,75). So gaben „nur“ 49,4% an (84), „immer“ ein Mitspracherecht bei der Pflege gehabt zu haben. 37,6% der Befragten gaben an (67), dass dies „meistens“ der Fall war und bei jeweils 6,5% (11 PatientInnen) war dies nur „selten“ bzw. „gar nicht“ der Fall.

**Mitspracherecht bei Pflege**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid immer	84	49,4	49,4	49,4
meist	64	37,6	37,6	87,1
selten	11	6,5	6,5	93,5
nie	11	6,5	6,5	100,0
Total	170	100,0	100,0	

Mit diesem Ergebnis bewerten die PatientInnen ihr *Mitspracherecht bei der Pflege* signifikant *negativer* als das Eingehen auf ihre Bedenken (Wilcoxon Test:  $Z=-5,052$ ;  $p=0,000$ ).

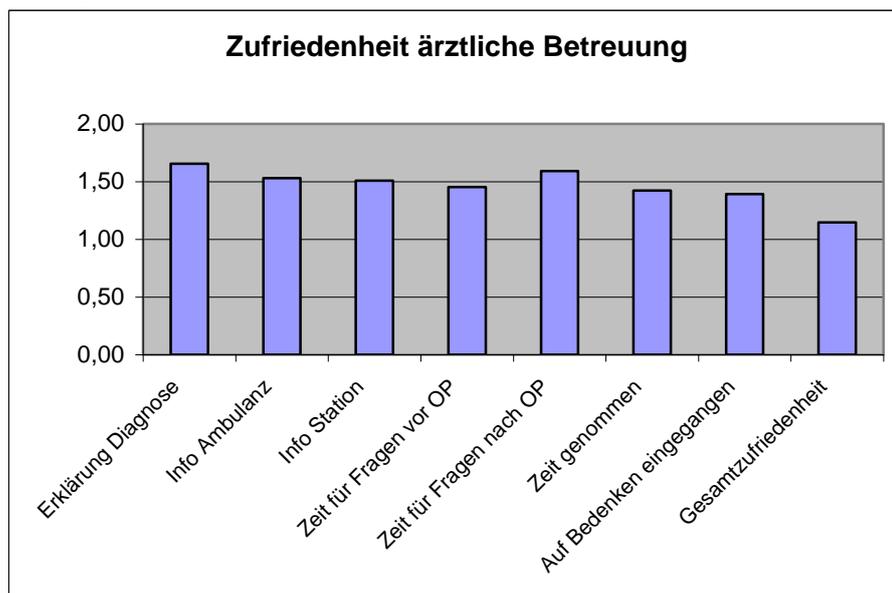
### 7) Zufriedenheit mit der ärztlichen Betreuung

Wie bereits erwähnt, ist die *Gesamtzufriedenheit der PatientInnen mit der ärztlichen Betreuung* *sehr hoch*. So gab nur eine Person (0,8%) an, mit den erbrachten Leistungen „unzufrieden“ zu sein. Alle anderen waren hingegen „zufrieden“ (12,3%), dass sind 16 der Befragten, oder „sehr zufrieden“ (86,9%), 113 PatientInnen.

**Gesamtzufriedenheit mit der ärztlicher Betreuung**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid sehr zufrieden	113	86,9	86,9	86,9
zufrieden	16	12,3	12,3	99,2
unzufrieden	1	0,8	0,8	100,0
Total	130	100,0	100,0	

Wenn man die Zufriedenheit mit der ärztlichen Betreuung im Detail betrachtet, lässt sich feststellen, dass die Zufriedenheit nicht in sämtlichen Bereichen gleich hoch ist und es dabei signifikante Unterschiede gibt (Friedman Test:  $df=7$ ;  $Chi^2=84,529$ ;  $p=0,00$ ).



## 8) Erklärung der Diagnose

Am *negativsten* bewerteten die befragten PatientInnen die **Erklärung der Diagnose**. Diese erhielt „nur“ eine durchschnittliche Benotung von 1,65. So gab bei dieser Frage die Hälfte der PatientInnen an, „sehr ausführlich“ aufgeklärt worden zu sein (65 PatientInnen). 39,2% der Befragten gaben an (51), dass dies „ausführlich“ passierte, bei 6,2% (6) war dies „weniger ausführlich“ und 4,6% gaben an, dass dies „gar nicht“ geschehen sei.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid sehr ausführlich	65	50,0	50,0	50,0
ausführlich	51	39,2	39,2	89,2
weniger ausführlich	8	6,2	6,2	95,4
überhaupt nicht	6	4,6	4,6	100,0
Total	130	100,0	100,0	

Damit wurde die **Erklärung der Diagnose** signifikant *negativer* bewertet, als die meisten anderen Kategorien. Nur zur Kategorie „Zeit für Fragen nach der OP“ konnte keine signifikante Differenz festgestellt werden.

## 9) Zeit für Fragen vor/nach der OP

Ein signifikanter Unterschied konnte zwischen den Fragen „Zeit für Fragen **vor** der OP“ und „Zeit für Fragen **nach** der OP“ festgestellt werden (Wilcoxon Test:  $Z=-2,326$ ;  $p=0,02$ ).

Mit einem durchschnittlichen Wert von 1,59 wurde die „**Zeit für Fragen nach der OP**“ deutlich *negativer* beurteilt als die Frage „**Zeit für Fragen vor der OP**“ mit einer Durchschnittsbeurteilung von 1,45. Auch bei den Häufigkeiten der Antworten gibt es deutliche Unterschiede. Gaben vor der OP noch 66,2% der PatientInnen an (86), das sie immer Zeit für Fragen hatten, waren dies nach der OP nur noch 57,7% (75). Hingegen steigerte sich der Anteil jener PatientInnen, die nie Zeit für ihre Fragen sahen, von 3,1% (4 PatientInnen) auf 6,2% (8 der Befragten).

**Zeit für Fragen vor OP**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid immer	86	66,2	66,2	66,2
meistens	33	25,4	25,4	91,5
selten	7	5,4	5,4	96,9
nie	4	3,1	3,1	100,0
Total	130	100,0	100,0	

**Zeit für Fragen nach OP**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid immer	75	57,7	57,7	57,7
meistens	41	31,5	31,5	89,2
selten	6	4,6	4,6	93,8
nie	8	6,2	6,2	100,0
Total	130	100,0	100,0	

### 10) Haben sich die ÄrztInnen Zeit genommen?

Die Frage, ob sich die **ÄrztInnen ausreichend Zeit genommen** haben, wurde mit einer durchschnittlichen Beurteilung von 1,42 vergleichsweise *gut bewertet*. So gaben 67,7% der befragten PatientInnen an (88), dass sich die ÄrztInnen „immer“ für sie Zeit genommen haben, bei 25,4% (33) war dies „meistens“ der Fall, bei 3,8%(5) „selten“ und bei 3,1% (4) „nie“.

**ÄrztInnen Zeit genommen**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid immer	88	67,7	67,7	67,7
meistens	33	25,4	25,4	93,1
selten	5	3,8	3,8	96,9
nie	4	3,1	3,1	100,0
Total	130	100,0	100,0	

Einen deutlichen signifikanten Unterschied gibt es damit zur Frage nach der *Erklärung der Diagnose* (Wilcoxon Test:  $Z=-3,450$ ;  $p=0,001$ ). Keinen Unterschied gibt es hingegen zur Frage, ob die ÄrztInnen auf Bedenken eingegangen sind (Wilcoxon Test:  $Z=-0,631$ ;  $p=0,528$ ).

### 11) ÄrztInnen auf Bedenken eingegangen

Mit einer durchschnittlichen Bewertung von 1,39 bewerteten die PatientInnen die Frage, ob die ÄrztInnen auf ihre Bedenken eingegangen sind. So gaben 70,8% der befragten PatientInnen an (92) dass dies „immer“ der Fall gewesen ist. Bei 23,1% (30) der Befragten gingen die ÄrztInnen „meistens“ auf deren Bedenken ein, bei 2,3% (3) war dies hingegen nur „selten“ und bei 3,8% (5) „nie“ der Fall.

**ÄrztInnen auf Bedenken eingegangen**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid immer	92	70,8	70,8	70,8
meistens	30	23,1	23,1	93,8
selten	3	2,3	2,3	96,2
nie	5	3,8	3,8	100,0
Total	130	100,0	100,0	

## 15.2 Ergebnisse des Fragebogen zur Patientenzufriedenheit perioperativ im KH Hietzing

### Wie zufrieden waren die befragten PatientInnen?

Für die folgenden Berechnungen wurden nur jene PatientInnen berücksichtigt, die diese Fragen auch beantworteten. Deshalb unterscheiden sich die Prozentangaben von jenen der deskriptiven Statistik.

#### **Gesamtzufriedenheit**

Die Ergebnisse zeigen sehr eindeutig, dass die PatientInnen insgesamt „**sehr zufrieden**“ mit der Augenstation waren. Von den 196 PatientInnen die diese Frage beantworteten, waren 99% „sehr zufrieden“ oder zumindest „zufrieden“ und nur 2 PatientInnen (1%) gaben an, „teilweise zufrieden“ gewesen zu sein.

**Wie zufrieden insgesamt**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid sehr zufrieden	169	86,2	86,2	86,2
zufrieden	25	12,8	12,8	99,0
teilweise zufrieden	2	1,0	1,0	100,0
Total	196	100,0	100,0	

#### **Mit der Pflege**

„**Sehr gut**“ bewerteten die PatientInnen auch die pflegerische Betreuung. So gaben 99,5% der Befragten an (192), dass sie „sehr zufrieden“ oder zumindest „zufrieden“ waren und nur eine PatientIn war „teilweise zufrieden“.

**Wie zufrieden waren Sie mit der Pflege**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid sehr zufrieden	161	83,4	83,4	83,4
zufrieden	31	16,1	16,1	99,5
teilweise zufrieden	1	0,5	0,5	100,0
Total	193	100,0	100,0	

### Mit der ärztlichen Betreuung

Sehr ähnlich die Ergebnisse der Zufriedenheit mit der ärztlichen Betreuung. **99%** (194) der Befragten waren „**sehr zufrieden**“ oder „zufrieden“, nur eine PatientIn war „teilweise zufrieden“ und eine PatientIn „unzufrieden“.

Wie zufrieden waren Sie mit den ÄrztInnen

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid sehr zufrieden	169	86,2	86,2	86,2
zufrieden	25	12,8	12,8	99,0
teilweise zufrieden	1	0,5	0,5	99,5
unzufrieden	1	0,5	0,5	100,0
Total	196	100,0	100,0	

### Welche Unterschiede gibt es zwischen den PatientInnen, die insgesamt mit der Augenstation „sehr zufrieden“ waren und jenen, die „nicht sehr zufrieden“ waren?

Eigentlich sollten für diese Berechnungen die PatientInnen in zwei Gruppen geteilt werden: Jene, die „sehr zufrieden“ oder zumindest „zufrieden“ waren und jene, die nur „teilweise zufrieden“ oder „unzufrieden“ waren. Da diese zweite Gruppe aber durch die hohe generelle Zufriedenheit zu klein geworden ist, muss die Trennung an anderer Stelle erfolgen. Ich werde deshalb im Folgenden die „**sehr zufriedenen PatientInnen**“ mit den „**nicht sehr Zufriedenen**“ (zufrieden, teilweise zufrieden und unzufrieden) **vergleichen**. Man sollte also beim Interpretieren der Daten nicht vergessen, dass wir auf einem hohen Zufriedenheitsniveau unterscheiden.

Die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen wurden mit dem T-Test<sup>70</sup> (Alter, Wartezeit auf das Bett) und dem Chi-Quadrat Test nach Pearson<sup>71</sup> (restliche Variablen) berechnet. Es wurde das Signifikanzniveau  $p < 0,05$  verwendet.

<sup>70</sup> T-Test ist ein Begriff aus der mathematischen Statistik, er bezeichnet eine Gruppe von Hypothesentests mit einer t-verteilten Testprüfgröße.

<sup>71</sup> Chi-Quadrat-Test untersucht Verteilungseigenschaften einer statistischen Grundgesamtheit.

**Geschlecht: Keine signifikanten Unterschiede** zwischen weiblichen und männlichen PatientInnen (Signifikanz = 0,376).

**Alter: Kein Unterschied** zwischen den verschiedenen Gruppen (Signifikanz = 0,981).

**Klasse:** Ob Sonderklasse oder allgemeine Klasse machte **keinen Unterschied** (Signifikanz = 0,786).

**Aufmerksam geworden:** Es machte **keinen Unterschied**, wie die PatientInnen auf die Station aufmerksam wurden (Signifikanz = 0,691).

**Bei Bekannten bekannt: Keinen Unterschied** zwischen den beiden Gruppen gibt es darin, ob die Station bei ihren Bekannten bereits bekannt war oder nicht (Signifikanz = 0,720).

**Ruf:** Einen Unterschied gibt es hingegen beim Ruf der Station im Bekanntenkreis. So gaben die „*nicht sehr zufriedenen PatientInnen*“ signifikant häufiger an, dass der Ruf der Station nur „gut“ ist. Die „*sehr zufriedenen PatientInnen*“ gaben hingegen häufiger an, dass die Station einen „*sehr guten*“ Ruf hat (Signifikanz = 0,00).

**Informationsunterlagen erhalten:** Beide Gruppen **unterscheiden sich nicht** darin, ob sie Informationsunterlagen erhalten haben oder nicht (Signifikanz = 0,301).

**Tagesablauf erklärt bekommen:** Bei dieser Frage unterschieden sich die beiden Gruppen. So gaben die „*nicht sehr zufriedenen PatientInnen*“ signifikant häufiger an „*überhaupt nicht*“ über den Tagesablauf informiert worden zu sein (Signifikanz = 0,009).

**Zimmerbelegung: Keinen Unterschied** ob die PatientInnen „sehr zufrieden“ oder „nicht sehr zufrieden“ waren, machte die Zimmerbelegung (Signifikanz = 0,504).

**Zimmerausstattung:** Die Gruppe der „*nicht sehr zufriedenen PatientInnen*“ waren auch mit der Ausstattung der Zimmer häufiger „**nur zufrieden**“ oder „teilweise zufrieden“ (Signifikanz = 0,000).

**Zimmersauberkeit:** Sie waren auch häufiger mit der Sauberkeit der Zimmer „**nur zufrieden**“ (Signifikanz = 0,000).

**Zurechtfinden:** Die „*nicht sehr zufriedenen PatientInnen*“ gaben häufiger an sich nur „**gut**“ auf der Station zurechtgefunden zu haben (Signifikanz = 0,000).

**Essen:** Sowohl bei der Qualität, als auch bei der Temperierung des Essens, gaben die „*nicht sehr zufriedenen PatientInnen*“ häufiger an, nur „**teilweise zufrieden**“ gewesen zu sein (Signifikanz = 0,000).

**Erklärung der Diagnose:** Die „*sehr zufriedenen PatientInnen*“ fühlten sich häufiger „**sehr gut**“ über die Diagnose aufgeklärt und gaben seltener an, überhaupt nicht informiert worden zu sein (Signifikanz = 0,000).

**Infos in der Ambulanz:** „*Sehr zufriedene PatientInnen*“ fühlten sich auch hier wieder „**ausführlicher**“ informiert. Die „*nicht sehr Zufriedenen*“ gaben signifikant häufiger an, „**wenig**“ bis „**überhaupt nicht**“ informiert worden zu sein (Signifikanz = 0,000).

**Infos auf der Station:** Gleiche Ergebnisse wie bei der Ambulanz – „*nicht sehr zufriedene PatientInnen*“ fühlten sich auch hier seltener „**sehr gut**“ informiert und häufiger „**weniger informiert**“ (Signifikanz = 0,000).

**Zeit für Fragen vor der OP:** Auch hier gaben die „*sehr zufriedenen PatientInnen*“ häufiger an, „**immer**“ Zeit für Fragen gehabt zu haben und meinten weniger häufig „**seltener**“ oder „**nie**“ Zeit für Fragen gehabt zu haben (Signifikanz = 0,000).

**Zeit für Fragen nach der OP:** Das vorherige Ergebnis trifft auch genau auf diese Frage zu (Signifikanz = 0,000).

**ÄrztInnen Zeit genommen und auf Bedenken eingegangen:** Auch bei dieser Frage setzt sich die Antworttendenz weiter fort. Die „*sehr Zufriedenen*“ gaben häufiger an, „*immer*“ Zeit für Fragen gehabt zu haben bzw. das „*immer*“ auf ihre Bedenken eingegangen wurde. Die „*nicht sehr Zufriedenen*“ meinten hingegen häufiger, dass sich die ÄrztInnen „*selten*“ oder „*nie*“ Zeit für Fragen genommen haben bzw. selten oder nie auf ihre Bedenken eingegangen sind. (Signifikanz = 0,000).

**Pflegepersonen Zeit genommen und auf Bedenken eingegangen:** Die Tendenz der Antworten bei den ÄrztInnen setzt sich auch bei der Pflege fort. So gaben die „*sehr zufriedenen PatientInnen*“ auch hier häufiger an, dass sich die Pflegepersonen „*immer*“ für sie Zeit genommen haben und auf ihrer Bedenken eingegangen sind. Die „*nicht sehr Zufriedenen*“ beantworteten diese Fragen hingegen signifikant häufiger mit „*selten*“ oder „*nie*“ (Signifikanz = 0,000).

**Therapie zeitlich eingehalten:** Bei dieser Frage gaben die „*sehr Zufriedenen*“ häufiger an, dass die Pflegepersonen die Therapiezeiten „*immer*“ eingehalten haben, die „*nicht sehr Zufriedenen*“ gaben hingegen häufiger an, dass dies „*meistens*“ der Fall war (Signifikanz = 0,033).

**Mitspracherecht bei der Pflege:** Auch hier gaben die „*nicht sehr zufriedenen PatientInnen*“ häufiger an, dass dies nur „*selten*“ oder „*nie*“ passiert sei (Signifikanz=0,001).

**Information über Entlassung:** Die „*sehr zufriedenen PatientInnen*“ gaben signifikant häufiger an, über die Entlassung **rechtzeitig** informiert worden zu sein (Signifikanz = 0,019).

**Aufklärung über Verhaltensmaßnahmen:** Auch hier gaben die „*sehr zufriedenen PatientInnen*“ häufiger an **informiert** worden zu sein, als die „*nicht sehr Zufriedenen*“ (Signifikanz = 0,001).

**Wichtigkeit von Informationen:** Interessanterweise unterscheiden sich die beiden Gruppen auch darin, wie wichtig es ihnen ist ausreichend informiert zu werden. So gaben die „*sehr zufriedenen PatientInnen*“ häufiger an, dass ihnen die Informationen „*sehr wichtig*“ sind. Die „*nicht sehr zufriedenen PatientInnen*“ beantworteten dies hingegen häufiger nur mit „*wichtig*“ (Signifikanz = 0,045).

**Zufriedenheit mit der ärztlichen Betreuung:** PatientInnen, die insgesamt mit der Augenstation sehr zufrieden waren, bewerteten auch die ärztliche Betreuung besser (Signifikanz = 0,000).

**Zufriedenheit mit der pflegerischen Betreuung:** Auch hier das gleiche Ergebnis wie bei den ÄrztInnen. So bewerteten PatientInnen, die insgesamt mit der Augenstation „nicht sehr zufrieden“ waren, die pflegerische Betreuung häufiger nur mit „zufrieden“ als dies die sehr zufriedenen PatientInnen taten (Signifikanz = 0,000).

**Weiterempfehlen der Augenabteilung:** Da alle PatientInnen, die diese Frage beantworteten angaben die Station weiter zu empfehlen, kann hier **kein Unterschied** zwischen den Gruppen berechnet werden.

**OP ambulant: Keinen Unterschied** machte die Zufriedenheit der PatientInnen auf ihre Entscheidung, ob sie die Operation ambulant durchführen würden (Signifikanz = 0,686).

## 16. Interpretation der Ergebnisse

Nach Auswertung der gewonnenen Daten kann festgestellt werden, dass **die Zufriedenheit der operierten PatientInnen mit der Augenstation** im Großen und Ganzen **sehr hoch** ist.

Die Ursache, warum manche PatientInnen jedoch „nur zufrieden“ sind, lässt sich nicht sehr differenziert festhalten. Da die Gruppe der „*nicht sehr zufriedenen PatientInnen*“ bei nahezu allen Detailfragen zur *Zufriedenheit* *signifikant negativere Antworten* gaben, lassen sich keine wirklichen Hauptfaktoren feststellen. Mit Sicherheit kann jedoch gesagt werden, dass sich die Gruppe der „*nicht sehr zufriedenen PatientInnen*“ *schlechter informiert* fühlte und weniger den Eindruck hatte, dass die *ÄrztInnen und das Pflegepersonal* immer für *Fragen, Anliegen* und *Bedenken Zeit* hatte.

## 17. Diskussion und Begründungen einzelner Fragen

### Frage 1 und 2) Geschlecht und Alter

Innerhalb der Zeitspanne 1. Juli bis 30. September 2008 wurden auf der Augenabteilung des Krankenhauses Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel 113 Frauen (55%) und 92 Männer (45%) bzgl. PatientInnenzufriedenheit befragt. Das Durchschnittsalter aller 205 PatientInnen betrug 74 Jahre. In diesem Zeitraum kann von einer homogenen Verteilung zwischen den Geschlechtern ausgegangen werden.

### Frage 3) Versicherungsstatus

Bei dieser Frage wurde nach dem Versicherungsstatus der PatientInnen gefragt, ob sie auf Sonderklasse oder auf der Allgemeinen Klasse lagen.

Herauskristallisiert hat sich, dass 97% aller stationären PatientInnen (198) in der Allgemeinen Klasse untergebracht waren und nur 2% (fünf PatientInnen) hatten eine Zusatzversicherung und lagen Sonderklasse. 1% der PatientInnen (zwei PatientInnen) gab keine Auskunft über den Versicherungsstatus.

Da 97% aller stationären PatientInnen keine Zusatzversicherung hatten, kann eine gute Aussagekraft für die Allgemeine Klasse getroffen werden aber über die Zufriedenheit der SonderklassepatientInnen kann kaum geurteilt werden.

**Frage 4) Wie wurden Sie auf unsere Augenabteilung aufmerksam gemacht?**

In Wien gibt es 6 Krankenhäuser mit einer Augenabteilung. Die PatientInnen wählen und entscheiden, in welchem sie operiert werden möchten. Deshalb war es interessant herauszufinden, warum Sie sich für die Augenabteilung des Krankenhauses Hietzing entschieden haben.

Die Mehrheit unserer PatientInnen (64%), das sind 132 Personen, wurde durch einen niedergelassenen Augenfacharzt an unsere Abteilung überwiesen. An zweiter Stelle, und zwar mit 20% (40 PatientInnen), kamen die Empfehlungen von Freunden und Verwandten. 15% aller Befragten ließen sich in Hietzing operieren, da sie unsere Abteilung schon durch persönliche Vorerfahrung gekannt haben, das waren 30 PatientInnen.

Seit Oktober 2008 gibt es die Möglichkeit, die PatientInnen elektronisch zu einer Kataraktoperation anzumelden. Dieses Angebot sollte den Augenfachärzten durch vermehrte Informationsveranstaltungen näher gebracht werden.

Laut Chefsekretärin, Frau Tömö, gehen zurzeit rund 35% aller Kataraktanmeldungen elektronisch ein. Da diese Fachärzte für die Nachbehandlung weiter verantwortlich sind, könnte der Patientenbrief vom KHR elektronisch dem behandelten Facharzt zu gehen. Der jetzige Stand ist jedoch, dass der Patientenbrief am Entlassungstag den PatientInnen mitgegeben wird.

**Frage 5) War die Augenabteilung schon vor Ihrem derzeitigen Aufenthalt bekannt?**

Unsere Augenabteilung war bei 156 PatientInnen (76,1%) schon bekannt, davon bewerteten 69,9% den Ruf der Abteilung als „sehr gut“.

Das spiegelt den hohen Zufriedenheitsstatus der befragten PatientInnen wider.

**Frage 6 und 7) Haben Sie bei der Aufnahme auf der Augenstation Informationsunterlagen (Broschüre, Informationsblatt,...) für Ihren stationären Aufenthalt bekommen?**

**Wurden Sie von einer Schwester/ einem Pfleger über den Tagesablauf (Essenszeiten, Besucherzeiten, Visitenzeiten,...) auf der Station informiert?**

Jede PatientIn wird am Aufnahmetag von einer Pflegeperson mündlich über die räumlichen Gegebenheiten und zeitlichen Abläufe in Kenntnis gesetzt.

Die Informationsunterlage, die in jedem Zimmer aufliegt, dient lediglich als zusätzliche Merkhilfe. Also wäre es sinnvoll, eine solche Merkhilfe schriftlich auszuhändigen.

**Frage 8 und 9) Wie lange hat es ca. gedauert – vom Eintreffen in der Aufnahmekanzlei – bis Ihnen ein Bett auf der Station zugewiesen wurde?  
Mit wie vielen PatientInnen waren Sie in einem Zimmer?**

Die PatientInnen haben zur Zeit der Befragung im Durchschnitt 33 Minuten auf ein freies Krankenbett gewartet. Durch eine erhöhte Patientenfrequenz wird voraussichtlich die Wartezeit auf ein Bett verlängert werden.

Zurzeit verfügt die Augenabteilung über 28 Betten, die Zimmeraufteilung gliedert sich in:

Zwei Vierbettzimmern, vier Dreibettzimmern, zwei Zweibett- und vier Einbettzimmer.

Die Vierbettzimmern wurden lediglich von 92 PatientInnen (44,9%) belegt, und das Dreibettzimmer von 70 PatientInnen, dass sind 34,1%.

Wenn nun versucht würde, die Drei- und Vierbettzimmer aufzustocken mit solchen PatientInnen, die am selben Tag aufgenommen und voraussichtlich auch am selben Tag entlassen werden, so könnten diese Zimmer auch schneller von den HausarbeiterInnen gereinigt und anschließend neu belegt werden.

**Frage 10) Wie zufrieden waren Sie mit der Ausstattung Ihres Zimmers und den sanitären Einrichtungen?**

Eine sehr gute Akzeptanz wurde hinsichtlich der Ausstattung des Krankenzimmers und den sanitären Einrichtungen erzielt. 157 PatientInnen (76%) fanden die Ausstattung „sehr zufriedenstellend.“

**Frage 11) Wie zufrieden waren Sie mit der Sauberkeit in Ihrem Zimmer?**

Die Sauberkeit der Krankenzimmer wurde mit 83,9% als „sehr zufriedenstellend“ in dem Fragebogen angegeben, das entspricht 172 PatientInnen.

**Frage 12) Wie konnten Sie sich auf der Augenstation räumlich zurechtfinden?**

Da alle PatientInnen sehbehindert sind, ist es sinnvoll herauszufinden, ob durch die übergroßen Beschriftungen und die überall angebrachten Handläufe auf den Gängen, die Orientierung der PatientInnen erleichtert wurde.

Das „sehr gute“ Zurechtfinden der PatientInnen auf der Station spiegelt sich in der durchgeführten Statistik wider. 98,6% (202) der Befragten beantworteten diese Frage mit „sehr gut“ und „gut“. Dass bedeutet eine sehr gute Adaption der räumlichen Gegebenheiten für die PatientInnen.

**Frage 13 und 14) Wie zufrieden waren Sie mit der Qualität und der Temperierung des Essens?**

Bei dem durchgeführten Pretest mit den stationären PatientInnen ist es erst bewusst geworden, welch hohen Stellenwert das Essen in einem Krankenhaus hat. Das hat sich auch in dem Fragebogen widerspiegelt, da auf diese beiden Fragen eine sehr hohe Resonanz festgestellt wurde. 180 PatientInnen (87,8%) waren mit der Qualität des Essens „sehr zufrieden“ bzw. „zufrieden“ und nur 4 PatientInnen (2%) waren „unzufrieden“. Mit der Temperierung des Essens waren 183 PatientInnen (89,3%) „sehr zufrieden“ bzw. „zufrieden“ und drei PatientInnen (1,5%) „unzufrieden“.

**15) Wurde Ihnen die Diagnose Katarakt ausführlich erklärt?**

132 PatientInnen (64,4%) wurden von einem niedergelassenen Augenfacharzt mit der Diagnose Katarakt überwiesen. Das bedeutet, dass diese PatientInnen bereits aufgeklärt in die Augenambulanz des KHR gekommen sind.

Durch die nun in Aussicht gestellten forcierten elektronischen Anmeldungen für Kataraktoperationen, könnte die Anzahl der Zuweisungen in die Ambulanz eingeschränkt werden. Stationär wird in jedem Fall ausreichend informiert.

**Frage 16 und 17) Wurden Sie von den ÄrztInnen in der Ambulanz (auf der Station) ausreichend und gut verständlich über den geplanten Eingriff informiert?**

174 PatientInnen (84,9%) wurden in der Augenambulanz des KHR „sehr ausführlich“ bzw. „ausführlich“ über die Operation des Grauen Stars informiert. Die Aufklärung über den geplanten, lokal durchgeführten Eingriff ist von großer Wichtigkeit. Zwischen der Aufklärung in der Ambulanz über den geplanten Eingriff

und der Aufklärung auf der Station konnte kein signifikanter Unterschied festgestellt werden.

Das Operationsteam erwartet eine kooperative, aufgeklärte und angstfreie PatientIn. Dies alles erreicht das Team nur durch wiederholtes Informieren über den gesamten OP-Ablauf.

Von Seiten des OP-Pflegeteams wurde eine präoperative Pflegevisite ins Leben gerufen um die Informationssicherstellung zu gewährleisten. Eine Pflegeperson vom OP-Bereich besuchte die PatientInnen am Vortag um ihnen nochmals die Möglichkeit zu geben, Fragen zu stellen oder spezielle Anliegen vorzubringen. Die PatientInnen nahmen dieses Angebot sehr gerne an und das Pflegeteam erhielt ein positives Feedback.

### **Frage 18 und 19) Hatten Sie vor und nach der Operation Zeit Fragen zu stellen?**

Bei dieser Frage war es wichtig zu erfahren, ob PatientInnen vor und nach der Operation Zeit hatten, Fragen zu stellen. Fragen wie z.B.: „Welcher Chirurg wird mich operieren? Wann werde ich voraussichtlich in den Operationssaal gebracht? Wie ist meine Operation verlaufen und werde ich Schmerzen haben?“

Bei den Ergebnissen ist aufgefallen, dass ein geringer Prozentansatz der PatientInnen keinerlei Fragen hatte. 22 PatientInnen hatten vor der Operation (10,7%), nach der Operation 18 PatientInnen keine Fragen gestellt (8,8%).

Bezüglich des Zeitfaktors, gaben 167 PatientInnen (81,4%) an, dass die ÄrztInnen „immer“ bzw. „meistens“ Zeit gefunden haben ihre Fragen vor der Operation zu beantworten.

Nach der Operation waren es 154 PatientInnen (75,1%) die das Gefühl hatten, die ÄrztInnen haben „immer“ bzw. „meistens“ Zeit ihre Fragen zu beantworten.

Trotz der „sehr ausführlichen“ Aufklärung in der Ambulanz und auf der Station, hatten laut Statistik 179 PatientInnen (87,3%) vor der Operation und 173 (84,4%) nach der Operation noch Fragen an die ÄrztInnen.

Es muss in Zukunft darauf geachtet werden, dass trotz steigender PatientInnenanzahl der Schwerpunkt „Kommunikation vor und nach der Operation“, gewährleistet bleibt.

**Frage 22) Hat sich das Pflegepersonal Zeit für Sie genommen?**

Diese Frage war besonders interessant, denn bei täglich rund 20 stationären Aufnahmen (inklusive tagesklinische PatientInnen) und ebenso vielen Entlassungen, kann der Faktor „Zeitmangel“ eine sehr große Rolle spielen.

Dennoch spricht die Hypothese gegen den Faktor Zeitmangel, denn 194 PatientInnen (98,5%) gaben an, dass die Pflegeperson „immer“ bzw. „meistens“ Zeit für sie hatte.

**Frage 23) Ist das Pflegepersonal auf Ihre Bedenken und Ängste eingegangen?**

118 PatientInnen (57,6%) waren der Meinung, dass das Pflegepersonal „immer“ auf Ihre Bedenken und Ängste eingegangen ist.

Diese Frage steht eng mit dem Thema Zeitmanagement in Zusammenhang. Nur wenn genügend Zeitressourcen vorhanden sind, kann adäquat und kompetent auf Bedenken und Ängste eingegangen werden.

**Frage 24) Hat das Pflegepersonal Ihre Therapieverordnungen zeitlich eingehalten?**

Eine Katarakt Operationsvorbereitung ist für das Pflegepersonal auf der Station sehr Zeit und arbeitsaufwendig. Die Pupille der PatientInnen müssen mittels verschiedener Augentropfen maximal erweitert werden. Im Regelfall beginnt schon der Nachtdienst die zu operierenden PatientInnen „weit zu tropfen“. Zu achten ist außerdem auf jene Menschen, die Diabetiker sind und durch diese Erkrankung auf die verabreichten Tropfen verzögert reagieren. Auch solche PatientInnen die erst zu Mittag oder am frühen Nachmittag zur Operation eingeteilt werden, müssen auch zwischendurch „eingetropt“ werden.

Obwohl 172 PatientInnen (83,9%) angaben ihre Therapien immer zeitgerecht erhalten zu haben, werden öfters PatientInnen in den Operationssaal gebracht, die nicht optimal erweitert worden sind. Das bedeutet für das Operationsteam, diese PatientInnen nochmals vermehrt vorzubereiten.

Wenn nun eine Leistungssteigerung bei den Kataraktoperationen durchgeführt werden soll, so muss gewährleistet werden, dass PatientInnen nur dann in den Operationssaal gebracht werden, wenn sie entsprechend korrekt vorbereitet worden sind.

**Frage 25) Hatten Sie das Gefühl, ein Mitspracherecht bei pflegerischen Maßnahmen zu besitzen?**

Sehr interessant war das Ergebnis bezüglich Mitspracherechts bei pflegerischen Maßnahmen. 31 PatientInnen (15,1%) gaben keine Antwort auf diese Frage. In einem weiteren Schritt könnte hinterfragt werden, weshalb sie keine der Antwortmöglichkeiten angekreuzt haben, bzw. was sie konkret unter „Mitspracherecht bei pflegerischen Maßnahmen“ verstehen.

**Frage 26) Wurden Sie bzw. Ihre Familie über Ihre Entlassung rechtzeitig informiert?**

151 PatientInnen (73,7%) aller Befragten gaben an, dass das Entlassungsmanagement tadellos funktioniert hat. Sie wurden schon bei der Aufnahme über den voraussichtlichen Entlassungstermin informiert. 54 PatientInnen (26,3%) gaben an, erst am Entlassungstag darüber informiert worden zu sein.

Eine allgemeine „Vorinformation“ über den voraussichtlich geplanten Entlassungstag, könnten den PatientInnen helfen, rechtzeitig vorzuplanen. (Heimhilfen, Essen auf Rädern, Besuchsdienste usw.).

**Frage 27) Wurden Sie vom Pflegepersonal über die Verhaltensmaßnahmen nach der Operation des Grauen Stars aufgeklärt?**

Alle PatientInnen erhalten ein ausführliches Informationsblatt über die Verhaltensmaßnahmen nach einer Katarakt-Operation. Dennoch darf das persönliche Informationsgespräch nicht zu kurz kommen. Zusätzlich sollte bei Unklarheiten stets eine Pflegeperson zur Verfügung stehen.

**Frage 28) Wie wichtig war es Ihnen von den ÄrztInnen und dem Pflegepersonal genau informiert zu werden?**

Auch bei dieser Frage ist die Information über Diagnose, Operationsverlauf und Nachsorge von großer Bedeutung, das 203 PatientInnen bestätigten. Nur zwei PatientInnen (1,0%) gaben an, dass es für sie unwichtig sei, ob sie genau informiert werden oder nicht.

*Zum Schluss des Fragebogens wurde noch nach den Gesamteindruck gefragt, den unsere PatientInnen von der Augenabteilung bekommen haben.*

**Frage 29) Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit der Augenabteilung des KH Hietzing?**

Das Ergebnis zeigte sehr eindeutig, dass die PatientInnen insgesamt „sehr zufrieden“ mit der Augenstation waren. 196 von 205 PatientInnen beantworteten diese Frage, davon waren 194 PatientInnen (99%) „sehr zufrieden“ bzw. „zufrieden“, nur 2 PatientInnen (1%) waren „teilweise“ zufrieden.

**Frage 30 und 31) Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit der pflegerischen und der ärztlichen Betreuung?**

192 PatientInnen (99,5%) gaben an mit der Pflege „sehr zufrieden“ bzw. „zufrieden“ gewesen zu sein, eine PatientIn war „teilweise zufrieden“. Mit der ärztlichen Betreuung waren 194 PatientInnen (99%) „sehr zufrieden“ bzw. „zufrieden“. Nur jeweils eine PatientIn war „teilweise zufrieden“ und eine PatientIn „unzufrieden“.

**Frage 32) Würden Sie die Augenabteilung des Krankenhauses Hietzing an Ihre Bekannten und Freunde weiterempfehlen?**

Aufgrund der hohen Gesamtzufriedenheit aller befragten PatientInnen würden 194 das KH Hietzing weiterempfehlen (94,6%). 11 PatientInnen enthielten sich der Antwort (5,4%).

**Frage 33) Wenn Sie die Möglichkeit hätten, die Operation des Grauen Star ambulant durchführen zu lassen, würden Sie dieses Angebot in Anspruch nehmen?**

Da einige Augenabteilungen in Wien dieses Angebot schon anbieten, wurde diese Frage unseren PatientInnen gestellt, um in Erfahrung zu bringen, wie hoch die Akzeptanz einer ambulant durchgeführten Star Operation ist.

Die Antwort war eindeutig: 113 PatientInnen (55,1%) sprachen sich **gegen** eine ambulant durchgeführte Operation aus. Einige der angegebenen Gründe sind unter anderem: keine ärztliche Betreuung nach der Operation, keine Sicherheit aber Angst vor Komplikationen.

Nur 81 PatientInnen (39,5%) sprachen sich **für** eine ambulante Operation aus.

## 18. Abschlussbericht

Nach erfolgter Patienten-Frequenzerhöhung bestünde die Problematik voraussichtlich in der Bettenbelegung. Da die Augenstation über 28 Betten verfügt und das zusätzliche 4-Bettzimmer ausschließlich für Tagesklinische Patienten belegt ist (derzeit rund acht PatientInnen, die entweder eine plastische Operation oder eine intravitreale Injektion<sup>72</sup> erhalten), könnten nur solche PatientInnen aufgenommen und operiert werden, die sich für eine ambulante Kataraktoperation entschieden haben.

Auf Grund der sehr hohen Gesamtzufriedenheit, sowie der hohen Zufriedenheit mit der pflegerischen und ärztlichen Betreuung auf der Augenabteilung des Krankenhauses Hietzing, hat diese Abteilung sicherlich noch Spielraum bei der bevorstehenden Patientenfrequenzerhöhung sowie einer allumfassenden Patientenzufriedenheit bei den Kataraktoperationen.

Es ist unerlässlich nach einer allgemeinen Leistungssteigerung, den Zufriedenheitsstatus der PatientInnen erneut zu überprüfen und zu evaluieren.

---

<sup>72</sup> Die Injektion von verschiedenen Medikamenten in den Glaskörperraum

## 19. Verzeichnisse

### 19.1 Tabellen und Graphiken

Tabelle 1	Geschlecht	S 66
Graphik 1	Geschlecht	S 66
Tabelle 2	Alter	S 67
Graphik 2	Alter	S 67
Tabelle 3	Unterbringung	S 68
Graphik 3	Unterbringung	S 68
Tabelle 4	Auf das KHR aufmerksam geworden	S 69
Graphik 4	Auf das KHR aufmerksam geworden	S 69
Tabelle 5	Augenstation des KHR schon bekannt	S 70
Graphik 5	Augenstation des KHR schon bekannt	S 70
Tabelle 6	Image/Ruf der Augenabteilung des KHR	S 71
Graphik 6	Image/Ruf der Augenabteilung des KHR	S 71
Tabelle 7	Informationsunterlagen	S 72
Graphik 7	Informationsunterlagen	S 72
Tabelle 8	Tagesablauf	S 73
Graphik 8	Tagesablauf	S 73
Tabelle 9	Warten auf ein Bett	S 74
Graphik 9	Warten auf ein Bett	S 74
Tabelle 10	Zimmerbelegung	S 75
Graphik 10	Zimmerbelegung	S 75

Tabelle 11	Zufriedenheit mit der Raumausstattung	S 76
Graphik 11	Zufriedenheit mit der Raumausstattung	S 76
Tabelle 12	Zufriedenheit mit der Sauberkeit	S 77
Graphik 12	Zufriedenheit mit der Sauberkeit	S 77
Tabelle 13	Zurechtfinden auf der Station	S 78
Graphik 13	Zurechtfinden auf der Station	S 78
Tabelle 14	Zufriedenheit mit der Qualität des Essens	S 79
Graphik 14	Zufriedenheit mit der Qualität des Essens	S 79
Tabelle 15	Temperatur des Essens	S 80
Graphik 15	Temperatur des Essens	S 80
Tabelle 16	Erklärung der Diagnose	S 81
Graphik 16	Erklärung der Diagnose	S 81
Tabelle 17	Information durch die Ambulanz	S 82
Graphik 17	Information durch die Ambulanz	S 82
Tabelle 18	Information auf der Station	S 83
Graphik 18	Information auf der Station	S 83
Tabelle 19	Präoperative Möglichkeit Fragen zu stellen	S 84
Graphik 19	Präoperative Möglichkeit Fragen zu stellen	S 84
Tabelle 20	Postoperative Möglichkeit Fragen zu stellen	S 85
Graphik 20	Postoperative Möglichkeit Fragen zu stellen	S 85
Tabelle 21	ÄrztInnen Zeit genommen	S 86
Graphik 21	ÄrztInnen Zeit genommen	S 86

Tabelle 22	ÄrztInnen auf Bedenken eingegangen	S 87
Graphik 22	ÄrztInnen auf Bedenken eingegangen	S 87
Tabelle 23	Zeitfaktor des Pflegepersonals	S 88
Graphik 23	Zeitfaktor des Pflegepersonals	S 88
Tabelle 24	Pflegepersonal auf Bedenken eingegangen	S 89
Graphik 24	Pflegepersonal auf Bedenken eingegangen	S 89
Tabelle 25	Therapieplan eingehalten	S 90
Graphik 25	Therapieplan eingehalten	S 90
Tabelle 26	Mitspracherecht bei der Pflege	S 91
Graphik 26	Mitspracherecht bei der Pflege	S 91
Tabelle 27	Entlassung	S 92
Graphik 27	Entlassung	S 92
Tabelle 28	Verhaltensmaßnahmen postoperativ	S 93
Graphik 28	Verhaltensmaßnahmen postoperativ	S 93
Graphik 29	Informationsgabe	S 94
Tabelle 30	Wertigkeit von Information	S 95
Graphik 30	Wertigkeit von Information	S 95
Tabelle 31	Gesamtzufriedenheit mit der Augenabteilung	S 96
Graphik 31	Gesamtzufriedenheit mit der Augenabteilung	S 96
Tabelle 32	Zufriedenheit mit der ärztlichen Betreuung	S 97
Graphik 32	Zufriedenheit mit der ärztlichen Betreuung	S 97

Tabelle 33	Zufriedenheit mit der pflegerischen Betreuung	S 98
Graphik 33	Zufriedenheit mit der pflegerischen Betreuung	S 98
Tabelle 34	Weiterempfehlung	S 99
Tabelle 35	Ambulante Katarakt Operation	S 100
Graphik 35	Ambulante Katarakt Operation	S 100
Tabelle 36	Gründe gegen eine ambulant durchgeführte Kataraktoperation	S 101
Tabelle 37	Verbesserungsvorschläge	S 102

## 19.2 Literaturliste

Akashé-Böhme, Farideh; Böhme, Gernot (2005), *Mit Krankheit leben. Von der Kunst, mit Schmerz und Leid umzugehen*

Amelung, Volker Eric (2007), *Managed Care Neue Wege im Gesundheitsmanagement*  
4. Auflage

Appelbaum, Robert A.; Straker, Jane K.; Geron, Scott M. (2004),  
*Patientenzufriedenheit, Benennen, bestimmen, beurteilen*

Barth, Myriam (1999), *Qualitätsentwicklung und- sicherung in der Altenpflege*

Binder, Eveline (Diplomarbeit 2007), *Qualitätsmanagement nach DIN EN ISO 9001:2000 und dessen Einfluss auf die Pflege*

Bieger, Thomas (2007), *Dienstleistungsmanagement 4. Auflage*

Brinkmann, Volker (Hrsg.) (2006), *Case Management: Organisationsentwicklung und Change Management in Gesundheits- und Sozialunternehmen*

Busse, Thomas; Riehle, Margaretha E. (2006), *Qualitätsmanagement in der Pflege: ein Leitfaden zur Einführung*

DIOMed-Aufklärungssystem 06/06

Fessel-GfK Health Care: *Patientenzufriedenheit*

Fleßa, Steffen (2007), *Grundzüge der Krankenhausbetriebslehre*

Froschauer, U.; Lueger M. (Reader PS Soziologische Forschungsmethoden SS 2007);  
*Das qualitative Interview, zur Analyse sozialer Systeme*

Gabler (2000), Wirtschaftslexikon I-K und Bf-E; *Die ganze Welt der Wirtschaft: Betriebswirtschaft – Volkswirtschaft – Recht – Steuern*

Geiger, Walter; Kotte, Willi (2008), *Handbuch Qualität: Grundlagen und Elemente des Qualitätsmanagements: System – Perspektiven 5. Auflage*

Glaser, Erwin (Diplomarbeit 2006); *Pflegerisches Risikomanagement im Krankenhaus – ein Baustein im Qualitätsmanagement-System*

Görres, Stefan; Luckey, Karin; Stappenbeck, Jens (1997), *Qualitätszirkel in der Alten- und Krankenpflege*

Hartl, Friedrich; Wernisch, Dietmar (2006), *Qualitätsmanagement in Gesundheitseinrichtungen*

Hofstätter, Peter R. (1986), *Bedingungen der Zufriedenheit*

Holzer, Elke; Bauer, Helfried; Hauke Eugen (2007), *Wirkungsgeleitetes Ressourcenmanagement in öffentlichen Gesundheitsbetrieben*

Holzer, Elke ; Hauke, Eugen (2004), *Gesundheitswesen – vom Heute ins Morgen*

Holzer, Elke; Thomeczek, Christian; Hauke Eugen; Conen, Dieter; Hochreutner, Mark-Anton (2005), *Patientensicherheit: Leitfaden für den Umgang mit Risiken im Gesundheitswesen*

Kaminske, Gerd F.; Brauer, Jörg-Peter (2006), *Qualitätsmanagement von A-Z*

Kanzian, Rudolf (2001), *Umwelt-, Gesundheits-, Sicherheits-Managementsysteme*

KAV, (2003), *Strategie der Qualitätsarbeit*

König, Jutta (2003), *Was die PDL wissen muss, das etwas andere Qualitätshandbuch in der Altenpflege*

Kromrey, Helmut (2002), *Empirische Sozialforschung 10. Auflage*

Lausch, Andreas P. (2007), *Betriebsführung und Organisation im Gesundheitswesen*

Prakke, Heleen; Flerchinger, Christa (1999), *Qualitätsentwicklung: allgemeine Qualitätskriterien für die Pflege im Krankenhaus*

Projekt: „Patient/inn/enorientierung in österreichischen Krankenanstalten“ (2002-2004)

Schaeffer, Doris; Schmidt-Kaehler, Sebastian (2006), *Lehrbuch Patientenberatung*

Seidel, Alina (2007), „Kundenorientierte Kommunikation“ *Konzeptionalisierung und empirische Analyse im Dienstleistungsbereich*

Steinbach, Herlinde (2007), *Gesundheitsförderung: Ein Lehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe 2., aktualisierte Auflage*

Strauss, Bernd; Seidl, Wolfgang (2007), *Beschwerdemanagement 4. Auflage*

Trupp, Andreas (2006), *Untersuchung des Item Nonresponse bei einer im Jahre 2005 durchgeführten Patientenzufriedenheitsstudie in den niederösterreichischen Landeskrankenanstalten sowie der Versuch, Vermeidungsmaßnahmen für erkannte Probleme zu überlegen* (Abschlussarbeit für den Universitätslehrgang für Markt- und Meinungsforschung).

Weingessel, Birgit (2008), *Is day-case cataract surgery an attractive alternative from the patients` point of view?* Wiener klinische Wochenschrift (2008) 120:756-760

Wibmer-Oppolzer, Verena (Diplomarbeit 2007), *Qualitätssicherung in der Luftfahrt und im Krankenhausbetrieb; Möglichkeiten und Grenzen der Übertragbarkeit*

WKAU-GED-KARSCH-AG-KQNW 2006

Zornig, Thomas (Diplomarbeit 2005), *Qualitätsmanagement (EFQM) im Krankenhaus*

### 19.3 Autoren

Appelbaum Robert A.

M.S.W. Ph.D., ist Professor in der Abteilung Soziologie, Gerontologie und Anthropologie sowie Mitglied des Direktoriums des Scripps Gerontologie-Zentrums an der Miami University, Oxford, Ohio.

Bauer Helfried

Hon. Prof. Dr. *Helfried Bauer* ist Geschäftsführer KDZ- Zentrum für Verwaltungsforschung

Bieger Thomas

Prof. Dr. rer. Pol., ist Ordinarius für BWL mit besonderer Berücksichtigung der Tourismuswirtschaft und geschäftsführender Direktor des Instituts für öffentliche Dienstleistungen und Tourismus der Universität St. Gallen.

Seit 1998 Generalsekretär der International Association of Scientific Experts in Tourism (AIEST) und seit 2005 Prorektor der Universität St. Gallen.

Brauer Jörg

Dr.-Ing. *Jörg Brauer* ist zentraler Projektleiter Qualitätsmanagement Teile für alle Modelle der 1er- und 3er Baureihe der BMW Group, München.

Brinkmann Volker

Lehrbereichsvorsitzender für Ökonomie, Recht und Politik im Fachbereich Soziale Arbeit an der Fachhochschule Kiel. Seine Schwerpunkte liegen in den Bereichen Sozialwirtschaft, Sozialmanagement, Public Management/Administration, Qualitäts- und Kostenbewertung.

Busse Thomas

Diplomierter Volkswirt, Tätigkeit in der OP/-Anästhesiepflege, Studium Universität Hamburg, Projektstätigkeit im Krankenhaus der Maximalversorgung, Geschäftsführer der B.I.K. (Beratung im Krankenhaus), Frankfurt am Main; Professur an der Fachhochschule Frankfurt am Main (Management von Pflege- und Gesundheitseinrichtungen)

Geiger Walter

Prof. Dr.-Ing. *Walter Geiger* ist seit vielen Jahren im Qualitätsmanagement engagiert. Er war in leitender Industrieposition und langjährig in der universitären Lehre tätig. Er arbeitet heute als Beratender Ingenieur, in der Normung und in der Deutschen Gesellschaft für Qualität.

Hauke Eugen

Uni.-Prof. Dr. *Eugen Hauke*, Generaldirektor des Wiener Krankenanstaltenverbundes, UMIT Innsbruck, Leiter des Ludwig Boltzmann Institutes für Krankenhausorganisation

Hartl Friedrich

Dr. med. *Friedrich Hartl* ist EOQ Quality Auditor, Arzt für Allgemeinmedizin und Facharzt für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation. Er hält Vorträge und Workshops zum Thema „Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen“ und leitet die Ausbildung zum Qualitäts-Verifikator der Ärztekammer für Wien. Er ist Mitglied im Wissenschaftlichen Beirat der Österreichischen Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH und im Ö-Norm-Komitee „Qualitätsmanagement in Einrichtungen des Gesundheitswesens“. Er konzipierte das Qualitätsgütesiegelprojekt der Ärztekammer für Wien.

Hofstätter Peter R.

Prof. Dr. phil., lehrte zwischen 1949 bis 1956 an verschiedenen amerikanischen Universitäten, u.a. MIT, Cambridge. Von 1960 – 1979 war er Direktor des Psychologischen Institutes der Universität Hamburg. Die Entwicklung der Sozialpsychologie verdankt seinen Arbeiten wesentliche Impulse.

Holzer Elke

Ass.-Prof. Mag. Dr. *Elke Holzer*, Wirtschaftsuniversität Wien, Institut für Versicherungswirtschaft, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Ludwig Boltzmann Institut für Krankenhausorganisation.

Kamiske Gerd F.

Prof. Dr.-Ing. *Gerd F. Kamiske* war Leiter der Qualitätssicherung bei VW, Wolfsburg, Professor für Qualitätssicherung an der TU Berlin und langjähriger Herausgeber der Zeitschrift QZ Qualität und Zuverlässigkeit.

Kotte Willi

Dipl.-Ing. *Willi Kotte* war Qualitätsbeauftragter in einem großen deutschen Unternehmen der Computer-Herstellung und ist jetzt Beratender Ingenieur auf Spezialgebieten des Qualitätsmanagement, beispielsweise Six Sigma.

Kromrey Helmut

Dr., Professor für Soziologie an der Freien Universität Berlin.

Lausch Andreas P. MAS MBA MSc

DGKP, Hygienefachkraft, akademisch geprüfter Krankenhausmanager. Mehrjährige Tätigkeit an urologischen, chirurgischen und internen Stationen, Inhaber von Stabsstellen und Führungsaufgaben. Lehrbeauftragter an Institutionen des Pflege- und Gesundheitswesens. Publikationen in Fachzeitschriften, Fachbuchautor.

Riehle Margaretha E.

Fachschwester für Innere Medizin und Intensivpflege, Lehrerin für Pflegeberufe, Supervision EAS, derzeit selbstständig in der Beratung von Gesundheitseinrichtungen tätig, insbesondere in den Bereichen Supervision, Coaching und Qualitätsmanagement.

Seidel Wolfgang

Dipl.-Kfm., ist Inhaber der servmark Unternehmensberatung für Servicemarketing und Kundenmanagement mit Sitz in Eching bei München.

Steinbach Herlinde

DGKS, seit 1994 akademische Lehrerin für Gesundheits- und Krankenpflege am Wilhelminenspital in Wien. Freiberufliche Vortragstätigkeit. Mitarbeit im Netzwerk Gesunde Schulen.

**Strauss Bernd**

Prof. Dr. Strauss ist Inhaber des Lehrstuhls für Dienstleistungsmanagement an der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt.

**Wernisch Dietmar MAS**

Ist geschäftsführender Gesellschafter der Unternehmungsberatung, bestconsulting Gesellschaft für Reorganisation mbH, Salzburg; Qualitätsmanager, leitender Auditor und Trainer, Lektor an der Wirtschaftsuniversität Wien zum Thema Qualitätsmanagement, Krankenhausmanager. Er ist auch stellv. Vorsitzender des Fachnormen-Komitees für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen des Österreichischen Normungsinstitutes und Vorstandmitglied der med. Fachgesellschaft GALP (Gute Analysen und Labor Praxis), Autor zahlreicher Publikationen und Referent bei internationalen Tagungen.

*Persönliche Daten*

Name: Sabine SEDA

Geboren: 08.08.1969

Staatsangehörigkeit: Österreich

Familienstand: Ledig

*Ausbildung*

7.1.1976 - 2.7.1976 Vorschulklasse

1976 – 1980 Volksschule

1981 – 1984 Private Hauptschule mit Öffentlichkeitsrecht für Mädchen

1985 – 1985 Haushaltungsschule der Höheren Lehranstalt für wirtschaftliche Frauenberufe der Schulschwestern mit Ö.R

1985 – 1989 Allgemeine Krankenpflegeschule am Kaiserin-Elisabeth-Spital der Stadt Wien

25.1.2000 Reifeprüfung nach dem Lehrplan des  
Wirtschaftskundlichen Realgymnasiums für  
Berufstätige

Seit 2004 Individuelles Diplomstudium der  
Pflegerwissenschaft

### ***Beruflicher Werdegang***

1989 – 1992 DGKS im Allgemeinen Krankenhaus der Stadt  
Wien

1993 DGKS im Pensionistenwohnheim „Fortuna“  
Kuratorium zur Errichtung von  
Pensionistenwohnheimen

1994 DGKS im AUVA Unfallkrankenhaus Meidling /  
OP

seit 1994 DGKS im KH Hietzing Augen / OP

2001 Sonderausbildung in der Pflege im  
Operationsbereich

Mai 2003 – Mai 2004 Weiterbildung für „Praxisanleitung“ im  
Operationsbereich

