

Titel:

**Personengebundene Einflussfaktoren auf die
Patientenzufriedenheit**

**Normierungsansätze einer stationären computergestützten
Patientenzufriedenheitsmessung im deutschsprachigen Raum**

**Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Pädagogischen
Hochschule Weingarten**

vorgelegt von

Winfried Zinn,

geboren und wohnhaft in Bermuthshain

2009

Druckort: Bermuthshain 2009

an der

Pädagogischen Hochschule Weingarten - Abteilung Mediendidaktik I

Leibnizstraße 3

88250 Weingarten

Erstgutachter: Prof. Dr. Dr. Michael Henninger

Zweitgutachter: Prof. Dr. Günter Dörr

Abstract

Die vorliegende Arbeit untersucht den Einfluss personengebundener Faktoren auf die Patientenzufriedenheit im deutschsprachigen Raum. Im Mittelpunkt der Betrachtung stehen dabei sowohl klassische Einflussfaktoren, wie Alter, Geschlecht, Krankheitsbild, Bildung, Einkommen, sozioökonomische Klasse, Familiensituation und ethnische Zugehörigkeit, als auch intrapsychische Aspekte, wie Schmerzmanagement, subjektiver Gesundheitszustand und Erwartungen der Patienten.

Die verwendeten Daten stammen aus umfangreichen Befragungen diverser Krankenhäuser in Deutschland. Der eingesetzte Patientenfragebogen wird bezüglich seiner Testgütekriterien überprüft. Als statistische Methode wird die Regression mit der Patientenzufriedenheit als abhängige und die personengebundenen Faktoren als unabhängige Variable verwendet. Der Anteil der erklärten Varianz und die dazugehörige Effektgröße dienen als Einflussmaß. Die Absicherung der Resultate erfolgt durch eine Methodentriangulation, bei der die Verfahren der Klassischen und der Probabilistischen Testtheorie parallel Verwendung finden.

Der verwendete Fragebogen zeigt hervorragende Testkennwerte bezüglich Objektivität, Reliabilität, Validität und der Sensitivität bezüglich Gruppenunterschieden und ist somit ein solides Instrument zur Prüfung der Fragestellung. Die Studienergebnisse zeigen auf, dass das Krankheitsbild, das Einkommen, der aktuelle Gesundheitszustand und die Erwartungen der Patienten einen geringen Effekt auf die Patientenzufriedenheit haben. Die Verfahren der Probabilistischen Testtheorie haben vergleichbare erklärte Varianzanteile durch die personengebundenen Einflussfaktoren, wie die Verfahren der Klassischen Testtheorie.

Aufgrund der gängigen Patientenzufriedenheitstheorien ist der geringe Effekt der Patientenerwartungen auf deren Zufriedenheit überraschend und dokumentiert den notwendigen Bedarf an Grundlagenforschung in diesem Bereich.

1	<i>Einleitung</i>	8
2	<i>Rahmenbedingungen von Patientenzufriedenheitsmessungen in Deutschland</i>	13
2.1	Der Patient als wesentlicher Teil des Gesundheitswesens	13
2.1.1	Der Begriff „Patient“ und die Veränderung der Bedeutung	14
2.1.2	Patienten entwickeln sich zu Kunden	15
2.1.3	Die besondere Bedeutung der Kommunikation zwischen Patient und Leistungserbringer	16
2.2	Das Krankenhaus als zentrale Versorgungseinrichtung für Patienten	19
2.3	Der Einfluss des Qualitätsmanagements auf die Patientenzufriedenheitsmessung	24
2.3.1	Definitionen	25
2.3.2	Rechtliche Rahmenbedingungen des Qualitätsmanagements	26
2.3.3	Ergebnisorientierung, Patientenzufriedenheitsmessung und Qualität	27
3	<i>Zufriedenheit</i>	29
3.1	Die Geschichte der Zufriedenheitsforschung	29
3.2	Definitionen von Zufriedenheit	33
3.3	Zentrale Komponenten der Zufriedenheit	35
3.3.1	Ist- Komponente	36
3.3.2	Soll- Komponente	37
3.3.3	Ergebnis- Komponente	39
3.4	Theoretische Erklärungsansätze der Zufriedenheit	40
3.4.1	Bedürfnistheorie von Maslow	41
3.4.2	Dis- Confirmation- Modell	42
3.4.3	Zwei- Faktoren- Theorie von Herzberg	43
3.4.4	Zufriedenheitstheorie nach Bruggemann	44
3.4.5	Dissonanztheorie nach Festinger	45
3.4.6	Involvement- Theorie	47
3.4.7	Attributionstheorie	47
3.4.8	Kano- Modell der Zufriedenheit	48
4	<i>Patientenzufriedenheit</i>	50
4.1	Geschichtliche Entwicklung der Patientenzufriedenheitsforschung und -messung	52
4.1.1	Die Entwicklung der Compliance- Forschung	53
4.1.2	Der Patient als Kunde	54
4.1.3	Patientenbefragungen ab dem Jahre 1990	58
4.2	Definition der Patientenzufriedenheit	62
4.3	Theorie der Patientenzufriedenheit	64
4.3.1	Diskrepanztheoretische Modelle	65
4.3.1.1	Fulfilment theory	66
4.3.1.2	Relative deprivation theory	66
4.3.2	„Erwartung mal Wert“ Modelle	66
4.3.2.1	Das Modell von Linder- Pelz	67
4.3.3	Das Modell von Larrabee	69
4.3.4	Modelle des sozialen Vergleichs	69
4.3.5	Das Modell von Fox und Storm	70
4.3.6	Coping Modelle	71
4.3.7	Das Modell von Swan	71
4.3.8	Der Ansatz von Abramowitz - empirisches Modell	73
4.4	Patientenzufriedenheit als zusammengesetztes Konstrukt	75
4.4.1	Hall (1988)	76
4.4.2	Santuzzi, Brodnik et al. (2009)	76
5	<i>Patientenzufriedenheitsmessung</i>	78
5.1	Informationsquellen für die Patientenmeinung	78

5.2	Objektivität	82
5.3	Validität	84
5.4	Reliabilität	88
5.5	Methodische Besonderheiten bei der Erfassung der Patientenzufriedenheit	91
5.5.1	Geschlossene Fragen: Report- und Ratingfragen	92
5.5.2	Zeitpunkt der Befragung	94
5.5.3	Rücklauf	95
5.5.4	Länderspezifische Aspekte	96
5.5.5	Patientenzufriedenheitsmessung unter Verwendung der Probabilistischen Testtheorie	98
6	<i>Personengebundene Einflussfaktoren auf die Patientenzufriedenheit</i>	102
6.1	Klassische Einflussfaktoren	107
6.1.1	Alter	107
6.1.2	Geschlecht	111
6.1.3	Krankheitsbild / Fachabteilung und somatisches versus psychiatrisches Krankenhaus	113
6.1.4	Bildung	114
6.1.5	Einkommen	116
6.1.6	Sozioökonomische Klasse	118
6.1.7	Familienstand	119
6.1.8	Familiengröße	120
6.1.9	Ethnische Zugehörigkeit	120
6.1.10	Kultureller Hintergrund	121
6.1.11	Weitere Aspekte	122
6.2	Intrapersonelle Einflussfaktoren	123
6.2.1	Schmerzmanagement	123
6.2.2	Subjektiver Gesundheitszustand	123
6.2.3	Erwartungen	124
6.2.4	Weitere intrapersonelle Aspekte	126
7	<i>Zusammenfassung der Literaturrecherche und Darstellung der offenen Fragestellungen</i>	127
8	<i>Hypothesenbildung</i>	133
8.1	Hypothese 1a (H1a) und Hypothese 1b (H1b)	134
8.2	Hypothese 2 (H2)	135
8.3	Hypothese 3 (H3)	136
9	<i>Methodischen und statistische Verfahren</i>	137
9.1	Testtheorien	137
9.1.1	Klassische Testtheorie	137
9.1.2	Probabilistische Testtheorie	139
9.1.2.1	Rasch- Modell und mehrparametrische Verfahren	140
9.1.2.2	Ordinale Rasch- Modelle/ Partial- Credit- Modelle	143
9.1.2.3	Weitere Aspekte der Probabilistischen Testtheorie	148
9.1.3	Vergleich zwischen Klassischer Testtheorie und Probabilistischen Testtheorien	151
9.2	Regressionsanalyse	152
9.3	Hierarchische Lineare Modellierung (HLM)	156
9.4	Differential Item Functioning (DIF)	158
9.5	Multitrait- Multimethod- Analyse (MTMM)	161
9.6	Kurzdarstellung weiterer Methoden und Verfahren	163
9.6.1	Effektgröße	163
9.6.2	Faktorenanalyse	164
9.6.3	Konfirmatorische Faktorenanalyse	164
9.6.4	Triangulation	165
10	<i>Datengrundlagen für die empirische Überprüfung der Hypothesen</i>	166
10.1	Datenpool 1: Basisdaten	168
10.2	Datenpool 2: Zusatzdatenpool klassische personengebundene Merkmale	170

10.3	Datenpool 3: Zusatzdatenpool Schmerzerleben der Patienten	171
10.4	Datenpool 4: Zusatzdatenpool psychiatrische Patienten	172
10.5	Datenpool 5: Zusatzdatenpool Retest- Reliabilitätsbestimmung	173
10.6	Datenpool 6: Zusatzdatenpool Inhousebefragung und Befragung der ehemaligen Patienten	175
11	Der Fragebogen	177
11.1	Entstehungsgeschichte des Fragebogens	177
11.2	Antwortkategorien	178
11.3	Themengebiete des verwendeten Fragebogens	180
11.3.1	Zuordnung der Fragen zu den Themengebieten bei den Zufriedenheits-/ Ratingitems	182
11.3.2	Zuordnung der Wichtigkeitsfragen zu den Themengebieten	184
11.4	Datenerhebung	185
12	Qualität des Fragebogens	186
12.1	Objektivität	186
12.2	Validität	187
12.2.1	Inhaltsvalidierung mittels Patienteninterviews	187
12.2.2	Empirische Ermittlung der Themengebiete mittels Faktorenanalysen	190
12.2.3	Konstruktvalidierung mittels der Probabilistischen Testtheorie	200
12.2.4	Konstruktvalidierung mittels Konfirmatorischer Faktorenanalyse	205
12.2.5	Konstruktvalidierung mittels der Multitrait- Multimethod- Analyse (MTMM)	208
12.3	Reliabilität	211
12.3.1	Interne Reliabilität	212
12.3.2	Retest- Reliabilität	213
12.4	Hierarchische Lineare Modellierung (HLM) zur Ermittlung des Einflusses der Ebenen auf die Patientenzufriedenheit	216
13	Operationalisierung der personengebundenen Einflussfaktoren	220
13.1	Klassische Einflussfaktoren	220
13.2	Intrapsychische Einflussfaktoren	226
13.2.1	Erwartungen	227
14	Ergebnisse	228
14.1	Ergebnisse zu den Hypothesen H1a, H1b und H2	228
14.1.1	Klassischer Einflussfaktor: Alter	229
14.1.2	Klassischer Einflussfaktor: Geschlecht	232
14.1.3	Klassischer Einflussfaktor: Krankheitsbild / Fachabteilung und Somatik versus Psychiatrie	234
14.1.3.1	Einfluss des Krankheitsbildes - Somatischer Bereich	234
14.1.3.2	Einfluss der Krankenhausart (Psychiatrie versus Somatik)	237
14.1.4	Klassischer Einflussfaktor: Bildung	240
14.1.4.1	Klassischer Einflussfaktor: Bildung (Schule) Variante 1	240
14.1.4.2	Klassischer Einflussfaktor: Bildung (Ausbildung) Variante 2	243
14.1.5	Klassischer Einflussfaktor: Einkommen	245
14.1.5.1	Klassischer Einflussfaktor: Einkommen Variante 1 (Beruf)	246
14.1.5.2	Klassischer Einflussfaktor: Einkommen Variante 2 (Finanzsituation)	249
14.1.6	Klassischer Einflussfaktor: Sozioökonomische Klasse	251
14.1.7	Klassischer Einflussfaktor: Familiäre Situation	254
14.1.8	Klassischer Einflussfaktor: Kulturelle Unterschiede und ethnische Zugehörigkeit	257
14.1.9	Intrapersoneller Einflussfaktor: Schmerz	260
14.1.10	Intrapersoneller Einflussfaktor: Subjektiver Gesundheitszustand	262
14.1.10.1	Intrapersoneller Einflussfaktor: Einschätzung des Gesundheitszustands Variante 1 (Selbsteinschätzung)	262
14.1.10.2	Intrapersoneller Einflussfaktor: Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustands Variante 2 (generell)	265
14.1.11	Interaktionen zwischen den verschiedenen Einflussfaktoren	269
14.1.12	Zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse zu den Hypothesen H1a, H1b und H2	271
14.2	Hypothese H3	273

<i>15 Diskussion</i>	<i>277</i>
<i>16 Ausblick</i>	<i>289</i>
<i>17 Literatur</i>	<i>291</i>
<i>18 Abbildungsverzeichnis</i>	<i>321</i>
<i>19 Tabellenverzeichnis</i>	<i>324</i>
<i>20 Gleichungsverzeichnis</i>	<i>328</i>
<i>21 Anhang A - Soziodemografische Zusatzfragen</i>	<i>329</i>
<i>22 Anhang B - Zusatzfragen zum Thema Schmerz</i>	<i>330</i>
<i>23 Anhang C - Standardpatientenfragebogen 2005</i>	<i>331</i>
<i>24 Anhang D - Vergleichbare Psychiatriefragen</i>	<i>336</i>
<i>25 Anhang E Metrik Standardfragebogen 1997</i>	<i>338</i>
<i>26 Anhang E -Metrik Standardfragebogen 2000</i>	<i>341</i>
<i>27 Anhang F - Reportfragen</i>	<i>345</i>
<i>28 Anhang G -Durchführungshinweise Patientenbefragung</i>	<i>346</i>
<i>29 Anhang E Ergebnisdarstellung – Komplette Tabellen</i>	<i>353</i>
<i>30 Danksagung</i>	<i>374</i>
<i>31 EIDESSTATTLICHE VERSICHERUNG</i>	<i>375</i>

1 Einleitung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Fragestellung, ob bzw. inwieweit Zufriedenheitsurteile von Krankenhauspatienten¹ durch Faktoren beeinflussbar sind, die jenseits extrinsischer Merkmale zu finden sind, sondern sich durch intrinsische Faktoren der Patienten sowie patientenspezifische Merkmale erklären lassen. Die Erfassung und Auswertungen der Patientenzufriedenheitsfragebögen muss dabei computergestützt durchgeführt werden, um die Menge der Daten verarbeiten zu können und Ergebnisse so darzustellen, dass sie für die Nutzer nachvollziehbar sind.

Eingebettet ist die Diskussion um Zufriedenheitsbefragungen in ein verändertes Selbstverständnis des Krankenhauses als Dienstleister und vor dem Hintergrund relevanter Veränderungen der Rahmenbedingungen. Gesetzlich geforderte Qualitätssicherungsmaßnahmen haben dafür gesorgt, dass Krankenhäuser Patientenbefragungen als Rückmeldesystem zu Leistung und Qualität der Krankenhausversorgung fest integriert haben. Auch der politisch forcierte Wettbewerb zwischen den Einrichtungen sorgt dafür, dass diese den Patienten mehr und mehr als Kunden wahrnehmen, dessen Meinung von großer Relevanz und Bedeutung ist. Denn er entscheidet sich für oder gegen ein Krankenhaus und Krankenhäuser ohne Patienten verschwinden vom Markt.

Vor diesem Hintergrund ist es für die Verantwortlichen in den Krankenhäusern von großer Bedeutung, zu wissen, ob die vorliegenden Daten tatsächlich eine „neutrale“ Rückmeldung zu den erbrachten und objektiv einschätzbaren Leistungen sind oder ob Einflussfaktoren, die außerhalb ihres direkten Einflussbereichs liegen, wie Alter, Geschlecht oder Gesundheitszustand der Patienten, maßgeblich verantwortlich sind für die berichtete Zufriedenheit. Sollte dies der Fall sein, dann müssten für einen fairen Vergleich der Einrichtungen untereinander die Daten entsprechend statistisch korrigiert werden. Zu diskutieren wäre alternativ auch die Konstruktion unterschiedlicher

¹ Um aufwendige Partizipialkonstruktionen, Neologismen und Artikelballungen zu vermeiden, wird die maskuline Form der Substantive verwendet, sofern sich nicht die neutrale Form anbietet. Dabei schließt das Maskulinum die feminine Form mit ein.

Normtabellen für potenzielle Patientensubgruppen. Es geht in dieser Arbeit um die Fragestellung, welcher Anteil der Zufriedenheit durch die erlebte Situation in den Einrichtungen erklärt ist, und welcher Anteil durch Faktoren innerhalb des Patienten begründet ist.

Um diese Fragestellung richtig einordnen zu können, muss man zunächst die soziale Interaktion des Patienten mit dem System Krankenhaus beleuchten. Aber auch die historische Entwicklung, die bis heute noch wesentlichen Einfluss auf die Interaktion zwischen Leistungsempfänger und Leistungserbringer hat und aktuelle (gesundheits-)politische Rahmenbedingungen müssen in die Betrachtung einfließen. Die Entwicklung der Patientenzufriedenheitsmessung ist maßgeblich beeinflusst durch die Veränderungen im Selbstbild des Patienten, die zunehmende Ökonomisierung des Krankenhausbereichs und die politisch gewollte Einführung des Qualitätsmanagements. Patientenzufriedenheit entwickelt sich zum Qualitätsindikator für den Kliniksektor, Forschungen, die sich mit dem Vergleich von Versorgungseinheiten befassen, rücken in den Vordergrund.

Unterschiedliche Ergebnisse bei Patientenzufriedenheitsstudien in Krankenhäusern lassen sich nur dann inhaltlich interpretieren, wenn mögliche intrapersonelle, somit nicht durch die Einrichtung beeinflussbare Aspekte, von den institutionellen Faktoren getrennt werden.

Da die Patientenzufriedenheitsforschung keinen eigenen theoretischen Unterbau hat, ist vorab die Beschäftigung mit den allgemeinen Ansätzen zur Entstehung von Zufriedenheit notwendig, da diese wesentlich die Forschung zur Patientenzufriedenheit beeinflusst haben.

Der Titel und Untertitel der Arbeit „Personengebundene Einflussfaktoren auf die Patientenzufriedenheit - Normierungsansätze einer stationären computergestützten Patientenzufriedenheitsmessung im deutschsprachigen Raum“ umfasst bereits alle wesentlichen Elemente des Theorieteils dieser Arbeit.

Abbildung 1 zeigt die Struktur der Arbeit als ein modifiziertes Mindmap (Buzan & Buzan, 2005).

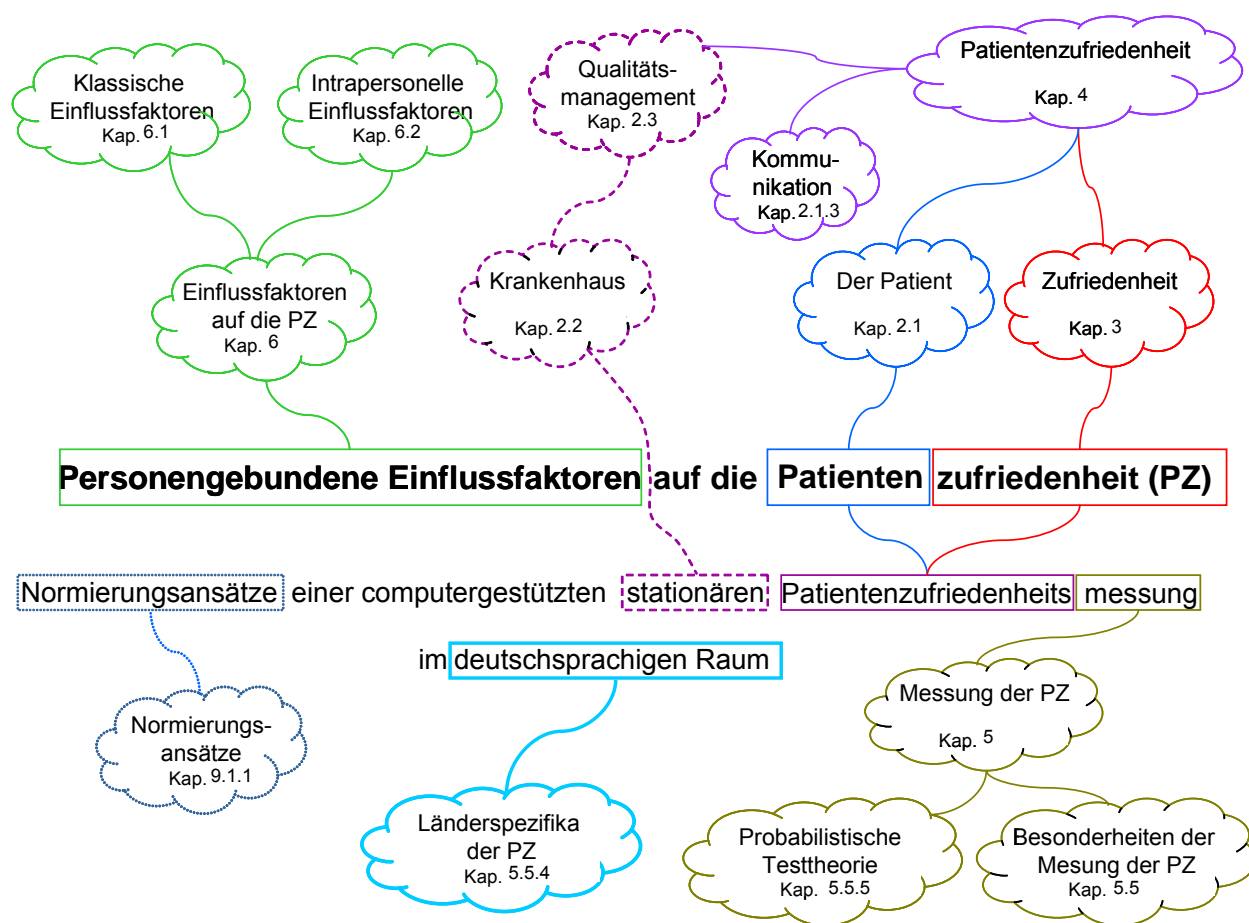


Abbildung 1 Mindmap als Strukturierungshilfe für diese Studie

Kapitel 2 analysiert den Begriff „Patient“ und seine etymologische Entwicklung und Herkunft. Der Patient tritt als soziokulturell vorgeprägtes Wesen in den Wirkungsbereich des Krankenhauses. Die historischen Veränderungen innerhalb des Krankenhausbereichs werden dargestellt und deren Auswirkungen auf die Patientenzufriedenheitsforschung diskutiert. Es folgt eine Erläuterung über die Bedeutung des Qualitätsmanagements für die Patientenzufriedenheitsforschung am Ende dieses Kapitels.

Kapitel 3 beschäftigt sich mit der allgemeinen Zufriedenheitsforschung. Da die Patientenzufriedenheitsforschung kaum eigenständige Theorien und Modelle hervorgebracht hat und sich weitgehend auf Theorien der allgemeinen Zufriedenheitsforschung bezieht, ist es notwendig, diesen Bereich genauer zu

beleuchten. Nach der Darstellung der Geschichte, Definition und zentraler Elemente der allgemeinen Zufriedenheit, findet eine intensive Beschäftigung mit den unterschiedlichen Zufriedenheitstheorien statt.

Es folgt im 4. Kapitel die Auseinandersetzung mit dem Konstrukt Patientenzufriedenheit. Patientenzufriedenheit ist keine direkt messbare Eigenschaft eines Patienten, wie Gewicht oder Körpergröße, man spricht in der Psychologie von einem Konstrukt (auch latente Variable genannt), das durch andere Indikatoren indirekt erschlossen werden muss. Nach einem kurzen Abriss über die Geschichte der Patientenzufriedenheitsmessung und -forschung und die Darstellung der gängigen Definitionen, leitet das Kapitel über zu den unterschiedlichen Patientenzufriedenheitstheorien. Viele dieser Theorien fußen auf den allgemeinen Zufriedenheitstheorien. Um Wiederholungen zu vermeiden, wird im Bedarfsfall auf die entsprechenden vorangegangenen Kapitel verwiesen. Dieses Kapitel endet mit der Diskussion, ob Patientenzufriedenheit ein zusammengesetztes oder eindimensionales Konstrukt ist.

Sinnvollerweise unterscheidet man zwischen dem Konstrukt Patientenzufriedenheit und der Messung dieses Konstruktes. Das Kapitel 5 umfasst die Anforderungen und methodischen Besonderheiten, auf die es bei der Messung der Patientenzufriedenheit zu achten gilt. Neben der Datengewinnung geht es um Fragen der Validität, Reliabilität, Itemkonstruktion (Item = Frage und dazugehöriges Antwortschema), Rücklauf und Länderspezifika bei der Patientenzufriedenheitsmessung.

Das folgende Kapitel 6 fasst die in der Literatur genannten personengebundenen Einflussfaktoren auf die Patientenzufriedenheit zusammen. Dabei unterscheidet man zwischen den klassischen Einflussfaktoren (Alter, Geschlecht, Bildung, Einkommen, Familienstand, Krankheitseinflüsse, ...) und den intrapersonellen Einflussfaktoren (Schmerzen, subjektiver Gesundheitszustand und Patientenerwartungen). Die oftmals widersprüchliche Studienlage wird dokumentiert und Begründungsansätze für die unterschiedlichen Ergebnisse diskutiert.

Das letzte Kapitel 7 des Theorieteils, eine komprimierte Zusammenfassung der vorangegangenen Kapitel, leitet über zu den offenen Fragestellungen.

Die Formulierung der Hypothesen erfolgt im Kapitel 8, sie ergeben sich aus den offenen Fragen des letzten Kapitels.

Es schließt sich der empirische Teil der Studie in Kapitel 9 mit einer kurzen Beschreibung der verwendeten statistischen Methoden und Verfahren an, woraufhin sich das Kapitel 9.6.2 mit der Datengrundlage beschäftigt. Es folgt die Beschreibung des verwendeten Fragebogens (Kapitel 11) und die Ermittlung seiner Gütekriterien zur Überprüfung seiner Qualität (Kapitel 12) und in Kapitel 13 die Operationalisierung der personengebundenen Einflussfaktoren.

Kapitel 14 dient der Ergebnisdarstellung und Kapitel 15 der Diskussion, die Studie endet mit dem Ausblick in Kapitel 16.

2 Rahmenbedingungen von Patientenzufriedenheitsmessungen in Deutschland

Die Bedeutung der Patientenzufriedenheitsmessung ist nur im Kontext der Entwicklungen des Gesundheitswesens zu verstehen. Seine Entwicklung ist maßgeblich durch gesundheitspolitische Veränderungen beeinflusst, aber auch historisch gewachsene Rollenverständnisse von Patienten, Leistungserbringern und Forschern beeinflussen die Messung und die anschließende Interpretation der Ergebnisse maßgeblich. Aus diesem Grund müssen an dieser Stelle zunächst die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen dargestellt und ihr Einfluss auf die Patientenzufriedenheit und deren Messung skizziert werden. Erst mit einem Gesamtverständnis der Situation ist die Brisanz der empirischen Fragestellung nachvollziehbar.

Patienten haben ein historisch gewachsenes Selbstverständnis, mit dem sie auf die Leistungserbringer treffen. Über Jahrhunderte spielt die Zufriedenheit der Patienten mit der erfahrenen Leistung keine Rolle. Auch die Krankenhäuser als die zentralen Leistungserbringer für die Patienten interessieren sich erst in den letzten Jahrzehnten für das Thema Patientenzufriedenheitsmessung. Hintergrund ist hier der politisch gewollte Wettbewerb zwischen den Kliniken und die enorm gestiegene Bedeutung des Qualitätsmanagements für die stationären Einrichtungen. Die folgenden Kapitel beschäftigen sich aus diesem Grund mit der Rolle des Patienten, der Situation der Krankenhäuser und der Bedeutung des Qualitätsmanagements im Kontext der Patientenzufriedenheitsmessung.

2.1 Der Patient als wesentlicher Teil des Gesundheitswesens

Wenn man sich mit Patientenzufriedenheitsmessung beschäftigt, ist der Patient in seiner besonderen Situation Bestandteil der Untersuchung. Er befindet sich in einer Situation der Abhängigkeit und Hilfsbedürftigkeit und trifft dabei auf Menschen und Einrichtungen, die sich professionell mit ihm und seinem Anliegen beschäftigen (Hunstein, 1997) S. 3 ff. Das Rollenverständnis der aufeinandertreffenden Akteure ist

dabei wesentlich von historischen Entwicklungen geprägt und beeinflusst bis heute die Einstellungen auch bezüglich des Themas Patientenzufriedenheit und ihrer Messung.

2.1.1 Der Begriff „Patient“ und die Veränderung der Bedeutung

Thomas von Aquin beschreibt 1266 in seinem Traktat „De regimine principum“, dass der Mensch als biologisches „Mängelwesen“ der Unterstützung bedarf, insbesondere durch die Heilkunde und fordert damit einen professionalisierten Umgang mit den Patienten (Schipperges, 1993) S. 134 ff. Am Anfang steht der Patient im Mittelpunkt als der Mensch, der Unterstützung und Hilfe in seinem Leiden benötigt. Doch je weiter die Spezialisierung der einzelnen medizinischen Bereiche (Ärzte, Bader, Chirurgen, Hebammen) fortschreitet, desto abhängiger wird der Kranke vom Wissen der spezialisierten Personen. Auch im pflegerischen Bereich vollzieht sich ein Wandel vom „doing with“ zu einem „doing to“ (Greeneich, 1993), das in der Krankenpflege im 19. Jahrhundert mit der Professionalisierung der Pflege durch Florence Nightingale beginnt. Die Distanz zwischen Patient und Pflegekraft wächst auch hier. Die Professionalisierung der Gesundheitsdienstleister und das damit einhergehende Autonomie- und Expertenverständnis ist eine der wesentlichen Ursachen für das Bild des passiv-abhängigen Patienten (Hunstein, 1997) S. 1 ff (Neugebauer & Porst, 2001) (Strodtholz & Badura, 2006). Dies erschwert es dem Patienten bis heute, sich als mündigen Leistungsempfänger zu sehen, dem eine Meinung über das, was er erlebt hat, zusteht. Diese historisch gewachsene Sichtweise hat Auswirkungen bis in die Mitte des letzten Jahrhunderts. Trojan (1998) beschreibt in seinem Phasenmodell, wie sich das Arzt- Patientenverhältnis verändert hat:

Übersicht: Aspekte der Arzt- Patient- Beziehung im Kontext verschiedener Konzeptionen des Gesundheitswesens				
Konzeption des Gesundheitswesens	Aspekte der Patienten -Rolle	Aspekte der Arzt - Rolle	Interaktions Kennzeichen der Arzt- Patient Beziehung	gesellschafts- und gesundheitspolitische Thematisierung
I Heil-System	Leidender (Schuldiger) armer Kranker	Helfer, Heiler ("Halbgott") "Für- Sorger" / "Carer"	Asymmetrie ärztlicher Paternalismus	"professionelle Dominanz der Medizin" (60er Jahre)
II gesellschaftliches staatliches Subsystem	Mensch Bürger (Steuerzahler)	Mitmensch Mitbürger	Humanität Demokratisierung	"Humanisierung des Krankenhauses" (70er Jahre)
III Sektor sozialer Sicherung des Allgemeinguts "Gesundheit"	Versicherter (Beitragszahler) Ko- Produzent von Gesundheit	Leistungserbringer (Haupt-)Produzent	Bürokratie Kooperation, Selbsthilfe	Grenzen des Sozial-Staats (80er Jahre)
IV Markt für den Erwerb des individuellen Guts "Gesundheit"	Konsument/ Verbraucher/ Nutzer Kunde/Käufer (direkt oder indirekt)	Anbieter Verkäufer	"informierte Wahl" des souveränen Konsumenten Angebot und Nachfrage	Effektivität, Effizienz. Kundenzufriedenheit (=Qualitätsziele) (90er Jahre)

Abbildung 2 modifiziert nach (Trojan, 1998) S. 16

Zwischen den Phasen gibt es keine festen Grenzen, aber es bildet sich dabei heraus, dass sich die Rollen in den letzten 50 Jahren entscheidend verändert haben.

Der Patient wächst im Laufe der Zeit vom passiven Hilfsempfänger zum aktiv Handelnden im Krankheits- und Genesungsprozess, der immer mehr Eigenverantwortung übernimmt (Westphal, 1992). Er hat Erwartungen, deren Erfüllung er einfordert (von Färber, 1991). Das Thema Patientenbefragung bekommt auf diesem Hintergrund eine andere Bedeutung und Gewichtung.

2.1.2 Patienten entwickeln sich zu Kunden

Ab 1970 entwickelt sich der Patient im englischsprachigen Raum zum „Kunden/ Konsumenten“, ein Begriff, der aus dem industriellen Kontext stammt. Hintergrund ist der gestiegene Wettbewerb innerhalb des Gesundheitssystems und die damit verbundene Aufwertung des Qualitätsmanagements (S.J. Williams & Calnan, 1991) (Cox, 1993).

Brudermanns (1995) kann aufzeigen, dass „84 % der befragten Patienten in den Kriterien, die für den Kundenstatus voraussetzen sind, ... *sich so hoch einschätzten* (Anmerkung des Autors), dass für sie die Kundenrolle, wie sie durch das Sozialmarketing beschrieben wird, zutrifft“ S. 528. Dies bedeutet, dass es nach Brudermanns zulässig und sinnvoll ist, Patienten als Kunden zu bezeichnen. Auch wenn der Begriff

„Kunde“ für Patienten nicht unumstritten ist (Hunstein, 1997) S. 5 ff., stellt er einen wesentlichen Schritt bei der Entwicklung der Patientenzufriedenheitsmessung dar. Denn bei Kunden erscheint es normal und selbstverständlich, Zufriedenheit zu erfassen und viele Impulse und theoretische Fundamente der Patientenzufriedenheitsmessung liegen in der Kundenzufriedenheitsforschung.

Die Zusammenführung der Begriffe Kunde und Patient stellt zwar eine bedeutende Entwicklung dar, aber der Patient ist mehr als ein Kunde. Einrichtungen des Gesundheitswesens produzieren nicht wie die Industrie mit Maschinen Produkte für Kunden, sondern Menschen arbeiten mit einem anderen Menschen zusammen (Dichtl & Issing, 1987) S. 398. Die dabei zwangsläufig entstehende emotionale Komponente muss Beachtung finden. Die industriellen Maßstäbe lassen sich nicht eins zu eins auf den Bereich der Gesundheitsversorgung übertragen (Glinski-Krause, 1995) S. 7. Auch die Konzepte des Dienstleistungsbereichs passen nur bedingt, da neben den Leistungen der Anbieter auch die Dienstleistungsnehmer als Co- Produzenten beteiligt sind (Braun & Schmidt, 1997) S. 6. Patienten selbst sind damit ein zentrales Element der Leistungserbringung. Der Patient entwickelt sich zum unverzichtbaren Erfolgsfaktor der Leistungserbringung (Riegl, 1996) S. 48.

2.1.3 Die besondere Bedeutung der Kommunikation zwischen Patient und Leistungserbringer

Der Patient befindet sich in einer Situation, in der er sich nicht mehr selbst helfen kann, er ist im Regelfall in einem ihm fremden System mit einer ihm unbekanntem Fachsprache. Patienten neigen dazu, unverständliche Informationen zu negieren (Di Palo, 1997). Viele Erklärungen über Krankheit und Gesundheit sind durch die speziellen Fachtermini, die hier Verwendung finden, für den Patienten potenziell unverständlich. Er ist also im besonderen Maße abhängig von der Kommunikation mit den Personen, welche die Leistung erbringen, gewissermaßen auf deren Übersetzungsleistung. Einer der häufigsten Gründe für nicht gelungene Kommunikation sind Missverständnisse, zum Beispiel durch unterschiedliche Interpretation des Gesagten (M. Henninger & Balk, 2009). Houston and Pasanen

können nachweisen, dass je klarer die Kommunikation, um so höher ist die Patientenzufriedenheit (Houston & Pasanen, 1972). Die zentrale Bedeutung der Kommunikation zwischen Patient und Leistungserbringer macht deutlich, dass hier Handlungsbedarf für die Leistungserbringerseite besteht. Denn Missverständnisse, die zu Konflikten eskalieren, lassen sich durch eine gelungene Kommunikation vermeiden (M. Henninger & Barth, 2009). Der hohe Automatisierungsgrad der Kommunikation erschwert es aber, eine bewusste Veränderung bei Kommunikationsfehlern vorzunehmen (Michael Henninger & Mandl, 2003) S. 11, und die Durchdringung mit einem partnerorientierten Kommunikationsstil, der mit dem Rollenwandel des Patient-Leistungserbringerverständnisses einhergeht, ist eher gering (Trojan, 1998) S. 17 ff, und das, obwohl Studien aufzeigen, dass gelungene Kommunikation einer der besten Prädiktoren für die Patientenzufriedenheit ist (Nelson-Wernick, Carrey, Taylor, Woodbury, & Cantor, 1981) (Doering, 1983) (Cleary & McNeil, 1988) (Luthy, Cedraschi, Perrin, & Allaz, 2005). Ein Einfluss von geschlechtsspezifischem Kommunikationsstil zwischen Ärztin und Arzt auf die Patientenzufriedenheit lässt sich dabei nicht nachweisen (Wolosin & Gesell, 2006), aber ein patientenzentrierter Kommunikationsstil bewirkt sehr wohl eine Erhöhung der Zufriedenheit (Alder, Christen, Zemp, & Bitzer, 2007) (Christen, Alder, & Bitzer, 2008). Simon, Schorr et al. entwickeln einen Fragebogen, der besonderen Wert auf die gemeinsame Entscheidungsfindung als zentrale Kommunikationskompetenz von Ärzten abzielt und können diesen erfolgreich validieren (Simon, et al., 2006).

Fazit

Das Rollenverständnis der Patienten hat sich in den letzten 60 Jahren massiv verändert: Von der anfänglich passiven Abhängigkeit der Patienten von Ärzten und Krankenhäusern entwickelt sich die Rolle des Patienten hin zum Kunden, bis sich schließlich der Patient als Partner und Co-Produzent bei der Leistungserbringung sieht. Patientenzufriedenheitsforschung muss man vor dem jeweiligen zu diesem Zeitpunkt vorherrschenden Patientenbild reflektieren. Mit der Veränderung des Rollenverständnisses geht auch eine notwendige Veränderung des Kommunikationsstils mit dem Patienten einher. Dieser hat entscheidenden Einfluss auf die Patientenzufriedenheit, aber die Durchdringung mit solchen partnerschaftlichen Kommunikationskonzepten steht erst ganz am Anfang.

Bezug zur empirischen Fragestellung:

Die Veränderung innerhalb des Rollenverständnisses des Patienten bewirkt ein vermehrtes Interesse der Leistungserbringer an der Meinung des Patienten. Beim passiv abhängigen Patienten, der den Weisungen des Arztes Folge leisten soll, werden Fragestellungen im Bereich der Compliance Forschung interessant. Betrachtet man jedoch den Patienten als Kunden, dann ist auch seine Zufriedenheit mit der Leistung interessant. Aus dieser Perspektive heraus wird die Zufriedenheit des Kunden zum Kriterium für die Qualität der Leistung. Das Interesse an den Ursachen und Voraussetzungen für einen zufriedenen Kunden/ Patienten wächst. Dieser Wandel hat damit auch direkten Einfluss auf die Zufriedenheitsforschung (s. a. Kapitel 4.1).

2.2 Das Krankenhaus als zentrale Versorgungseinrichtung für Patienten

Diese Arbeit beschäftigt sich mit den personengebundenen Einflussfaktoren auf die Zufriedenheit stationär versorgter Patienten. Im Gesundheitswesen existiert grundsätzlich eine Trennung zwischen ambulanter und stationärer Patientenversorgung, wobei „stationär“ die Behandlung der Patienten in Krankenhäusern bedeutet.

Die Entwicklung des Krankenhausbereichs hat einen nicht unwesentlichen Einfluss auf die Patientenzufriedenheitsforschung und -messung. Das folgende Kapitel erläutert überblicksartig die wesentlichen Entwicklungsschritte innerhalb des Krankenhausesektors und deren Einfluss auf die Patientenzufriedenheitsforschung.

Die stationäre/ institutionelle Patientenversorgung ist heutzutage budgetmäßig und personell der umfangreichste Bereich der Patientenversorgung. Auch hier haben verschiedene Entwicklungen dafür gesorgt, dass das Thema Patientenzufriedenheitsmessung an Bedeutung gewonnen hat.

Erste Ansätze einer institutionalisierten Gesundheitsversorgung lassen sich um 550 n. Chr. mit der Gründung einer Klosterakademie erkennen. Der Kranke ist Auserwählter des Himmels, den man als Freund des Herrn zu behandeln hat. Die Krankenfürsorge ist hier eng in das christliche Weltbild eingebunden.

In Deutschland ist die Entwicklung der Krankenhäuser eng mit der Entstehung der Sozialversicherung verbunden. Deutschland gilt als das Stammland der Sozialversicherung; bereits 1883 gibt es eine Krankenversicherung zur Lohnfortzahlung im Krankheitsfall. Die Leistungen umfassen anfangs neben dem Krankengeld auch die rudimentäre Erstattung der Kosten für ärztliche Behandlung, die Krankenhausbehandlung wird noch auf Einzelfallbasis entschieden. Erst im Lauf der Zeit werden Krankenhausbehandlungen routinemäßig bezahlt, was dann zu einem deutlichen Anstieg der Krankenhausnutzung führt. Dies begründet wiederum den Anstieg der Kosten der stationären Krankenversorgung. Bis heute versucht die Politik

mit Hilfe verschiedener Gesetze diesen Kostenanstieg vor allem im Krankenhausbereich einzudämmen, mit nicht unerheblichen Folgen für den Krankenhausesektor. So berichtet Schlegel, dass die Kliniken aufgrund der wirtschaftlichen Zwänge vor den ökonomischen Gesetzmäßigkeiten kapitulieren und die gesundheitliche Versorgung auf ein Minimum reduzieren, um damit ein Maximum an Rentabilität zu erreichen (Schlegel, 2006) S. 2.

Anhand der ökonomischen Zahlen lässt sich die Entwicklung der letzten Jahre verfolgen. In den Jahren 1997 bis 2007 müssen 8% der Krankenhäuser schließen und man baut 13% der Betten ab:

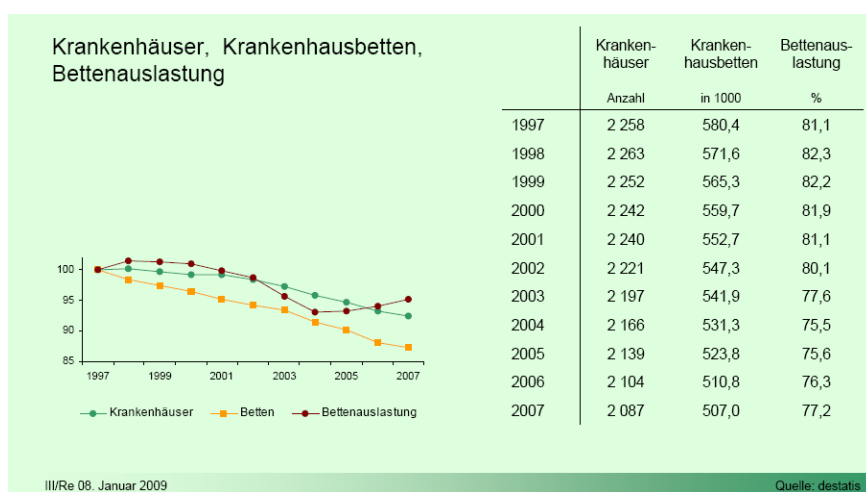


Abbildung 3 Bettenauslastung (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V., 2009)

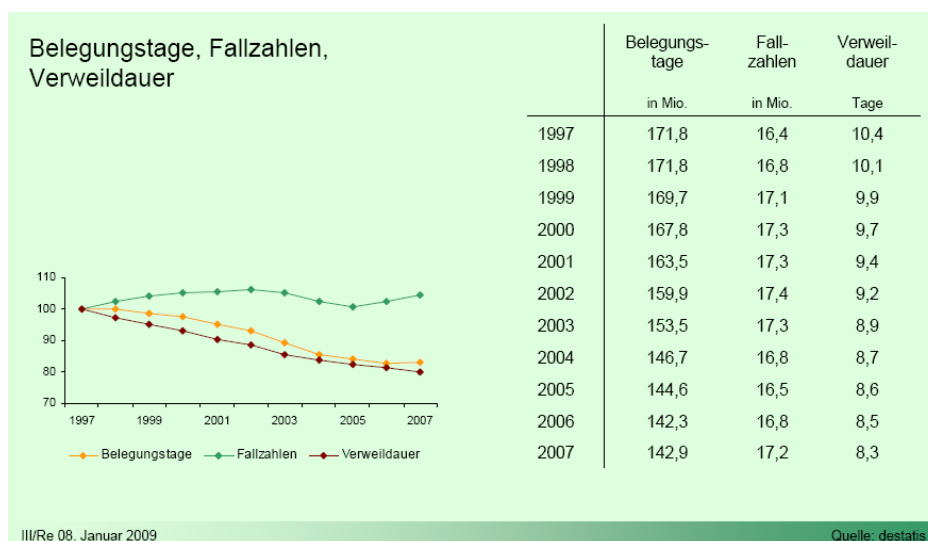


Abbildung 4 Fallzahlen (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V., 2009)

Gleichzeitig kommt es zu einer Fallsteigerung von 5%. Dies bedeutet für die Einrichtungen mehr Patienten, die in kürzerer Zeit behandelt werden müssen. Die Mitarbeiter der Kliniken sind dadurch mit einer deutlich höheren Arbeitsbelastung konfrontiert. Im Jahr 2007 behandeln 792.299 Personen (umgerechnet in Vollkräfte) im Krankenhaus 17.178.573 Fälle pro Jahr (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V., 2009a). Für 2030 werde bis zu 19 Millionen Patienten prognostiziert.



Abbildung 5 Entwicklung der Krankenhausfälle bis 2030 (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V., 2009b)

Die wirtschaftliche Belastung der Einrichtungen steigt wohl weiter und auch der Blick auf andere Länder lässt nicht viel Hoffnung für den Krankenhausbereich aufkommen. Die OECD- Gesundheitsdaten 2008 belegen, dass Deutschland mit seinen 10,6% des BIP um mehr als 1,5 Prozentpunkte über dem Durchschnitt der OECD-Länder von 8,9% liegt. Nur in den Vereinigten Staaten (15,3%), der Schweiz (11,3%) und Frankreich (11,1%) liegen im selben Jahr die jeweiligen Anteile der Gesundheitsausgaben an der Wirtschaftsleistung höher als in Deutschland. (OECD, 2009) S. 1.

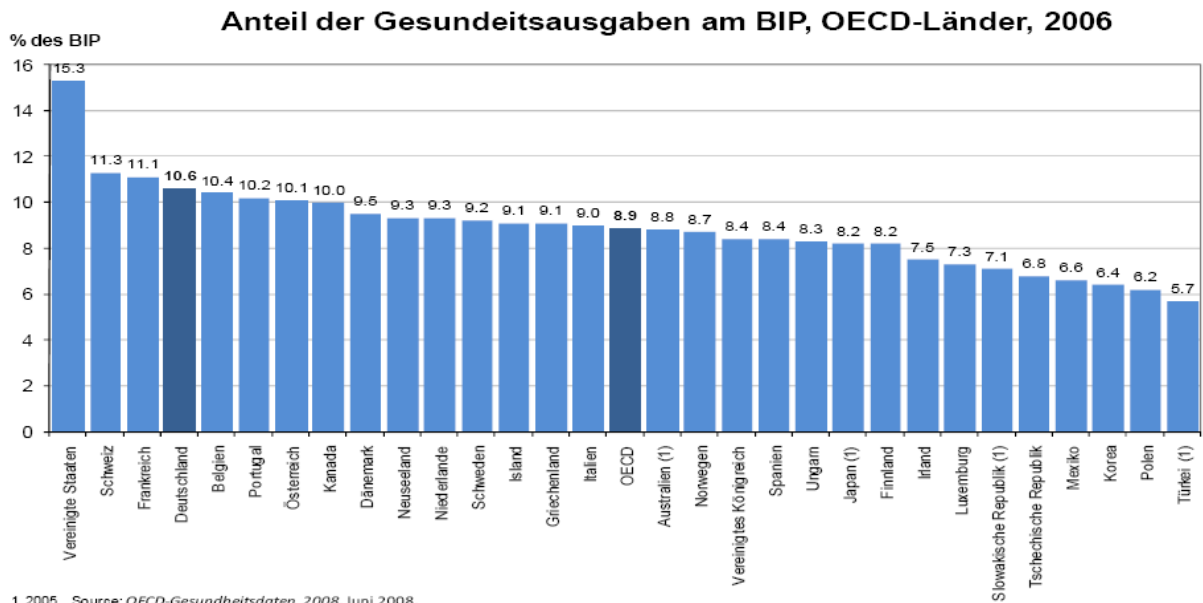


Abbildung 6 Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP- Ländervergleich (OECD, 2009)

Inzwischen ist das Gesundheitswesen zu einem bedeutenden Wirtschaftszweig geworden, 2006 belaufen sich die Ausgaben in Deutschland für Gesundheit auf 10,6% des BIP (OECD, 2009). Dies entspricht einem Gesamtvolumen von etwas über 244 Mrd. Euro.

Die Krankenversicherungen, die über 99% aller Deutschen versichern und alle notwendigen Kosten der Krankenbehandlung bezahlen, haben einen Umsatz von knapp 140 Mrd. Euro, davon bekommen wiederum die Krankenhäuser über 50 Mrd. Euro. Mit mehr als einem Drittel fallen die Krankenhäuser bei den Kosten der Krankenbehandlung zu Buche und sind damit der größte Einzelkostenblock (OECD, 2009).

Für die stationäre Akutversorgung 2006 stehen in Deutschland 6,2 Betten je 1 000 Einwohner zur Verfügung und damit deutlich mehr als im OECD- Durchschnitt, wo 3,9 Betten auf 1 000 Einwohner kommen (OECD, 2009). Auch im internationalen Vergleich gibt es für die Politik viele Gründe bei Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen die Krankenhäuser besonders in die Pflicht zu nehmen.

Trojan beschreibt bereits 1998, dass der Reformdruck erheblich gewachsen ist (Trojan, 1998) S. 15. Der gesundheitspolitische Fokus liegt dabei vor allem auf den Aspekten: Effektivität, Effizienz und Kundenzufriedenheit (Trojan, 1998) S. 17.

Doch Kostendruck hat nach Selbmann auch positive Aspekte, da die Rolle des Patienten sich verändert hat: „Der von zwei Seiten kommende Ruf nach dem mündigen, für seine Gesundheit Mitverantwortung übernehmenden Patienten ist mittlerweile unüberhörbar geworden“ im Geleitwort (Satzinger, et al., 2001) S. 11. Wirtschaftlichkeit und Kundenorientierung müssen sich also nicht zwangsläufig ausschließen, sondern können sich sehr wohl ergänzen (H.-K. Selbmann, 2001b).

Fazit

Der Krankenhausbereich hat im letzten Jahrzehnt einen enorm wachsenden ökonomischen Druck erfahren, der sich wohl auch weiterhin fortsetzt. Die Gefahr besteht dabei, dass man das Wohl des Patienten der wirtschaftlichen Logik opfert. Auf der anderen Seite ebnen diese Zwänge auch die Transformation des Patienten zum Kunden und wecken das Interesse der Leistungserbringer (z. B. Krankenhäuser) am Urteil des Leistungsempfängers (Patienten).

Bezug zur empirischen Fragestellung:

Die Veränderungen im Krankenhausbereich forcieren das Interesse der Einrichtungen an der Meinung des Patienten. Wettbewerb bedeutet auch Wettbewerb um den Patienten. Dabei geht man von der Annahme aus, dass nur der zufriedene Patient das Krankenhaus weiterempfiehlt bzw. im Bedarfsfall wieder aufsucht. Diese Rahmenbedingungen steigern das Interesse an der Fragestellung, wie Patientenzufriedenheit zustande kommt. Patientenzufriedenheitsmessungen erfahren in einem wettbewerbsorientierten Krankenhausbereich eine gesteigerte Nachfrage, die dann wiederum die Forschung zu diesem Bereich antreibt.

2.3 Der Einfluss des Qualitätsmanagements auf die Patientenzufriedenheitsmessung

Wie das vorangegangene Kapitel verdeutlicht, stehen die Krankenhäuser unter einem steigenden politischen und wirtschaftlichen Druck, der die Gefahr beinhaltet, dass sich die Patientenversorgung verschlechtert. Um diesem Problem vorzubeugen, beschließt der Gesetzgeber die Einführung von qualitätssichernden Maßnahmen, um so zu vermeiden, dass man die Qualität der Leistung zugunsten der Wirtschaftlichkeit opfert.

Eines der zentralen Themen der Qualitätssicherung ist die Patientenzufriedenheit. Die Einführung des Qualitätsmanagements ist einer der zentralen Gründe für den sprunghaften Anstieg der Patientenzufriedenheitsmessung. Vermehrte Befragungen führen wiederum zu einer intensiven Auseinandersetzung mit den Messmethoden. Im Folgenden wird aus diesem Grund kurz die Entwicklung des Qualitätsmanagements und dessen Einfluss auf die Patientenzufriedenheitsforschung skizziert.

Die Entstehung des Qualitätsmanagements reicht zurück bis in die 20er und 30er Jahre in den USA. Dort stellt man fest, dass es wirtschaftlicher ist, Qualitätssicherungsmaßnahmen in den Produktionsprozess einzuplanen, anstatt hinterher zu reparieren. Das Militär ist hier Vorreiter und führt erstmals in der Rüstungsindustrie Qualitätssicherung durch (Schneider, 1996).

Deming entwickelt bahnbrechende Konzepte für die Qualitätssicherung, er geht von der Annahme aus, dass der größte Teil mangelnder Qualität durch das System und nicht durch individuelle Fehler entsteht. Er entwickelt den berühmten Deming/**PDCA**- Zyklus. Dieser Zyklus ist das Herz eines jeden Qualitätsmanagements und geht von einem vierstufigen Prozess aus. Im ersten Schritt kommt es zu einer Planung (**plan**) von Maßnahmen zur Qualitätssteigerung. Der zweite Schritt ist die Durchführung der Maßnahme (**do**), der dann eine Überprüfung des Effekts (**check**) nach sich zieht. Sind unerwünschte Abweichungen festzustellen, so kommt es zur Nachjustierung der Maßnahmen (**act**). Dann beginnt der Zyklus von vorne.

Juran ist der Erfinder des Total Quality Management (TQM). Hier sind die Mitarbeiter einerseits interne Kunden und gleichzeitig ist jeder für den Qualitätssicherungsprozess

mitverantwortlich. Ziel ist es, die Erwartungen der internen und externen Kunden hundertprozentig zu erfüllen (Glaap, 1993) S. 18, ein Konzept, das sich auch auf das Gesundheitswesen übertragen lässt und damit die Beschäftigung mit dem Thema Patientenzufriedenheit beschleunigt, da der Patient Kunde ist, dessen Erwartungen man zu erfüllen hat (Hildebrand, 1995) (Spärkel, Ruckriegel, Janßen, & Eichler, 1997). Blum et al. drücken dies folgendermaßen aus: „Kernstück des TQM-Konzeptes ist die Kundenorientierung: Qualität wird definitorisch mit Kundenzufriedenheit ausdrücklich verbunden; sämtliche Qualitätssicherungsprozesse zielen darauf ab, die Qualität von Dienstleistungen und Produkten für die Kunden kontinuierlich zu verbessern.“ (K. Blum, Buck, & Satzinger, 2001) S. 31.

Anfangs nutzt man in Deutschland das Qualitätsmanagement vor allem für interne Zwecke, aber es gibt auch Entwicklungen in Richtung externer Qualitätssicherung (H.-K. Selbmann, 2001) (H.-K. Selbmann, 2001a).

Verfahren, wie EFQM und die DIN ISO, sind die ersten häufig verwendeten Systemisierungshilfen (K. Selbmann & Reif, 1998). Mittlerweile hat aber das Zertifizierungsverfahren KTQ® (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) die weitest reichende Verbreitung (H.-K. Selbmann, 2004a). Dieses Verfahren beinhaltet einen speziellen Leitfaden zur Erfassung der Patientenzufriedenheit (KTQ-GmbH, 2000). Inzwischen sind die Krankenhäuser dazu verpflichtet, Qualitätsberichte zu veröffentlichen, in denen sie auch die Ergebnisse von Patientenbefragungen darstellen können (H.-K. Selbmann, 2004).

2.3.1 Definitionen

Für den Begriff der „Qualität“ stehen viele unterschiedliche Definitionen zur Verfügung, da die Qualitätsdefinitionen immer von den Standpunkten der beteiligten „Qualitätsagenten“ (z. B. Patienten, Angehörige, Kostenträger, Pflegende, Ärzte) abhängen (Helmich, 1997) S. 247 (Nickel, 2006) S. 16. Aber allen Definitionen gemeinsam ist, dass die Werte und Erwartungen der Patienten eine zentrale Rolle darin haben.

Hopkins definiert Qualität der Gesundheitsversorgung konsequent aus der Patientensicht als: "Quality health care, from the patient's point of view therefore may most simply be seen in the framework of patients expectations versus actual experiences. As expectations are subjective, so "quality" may be seen as essentially subjective" S. 1831 (Hopkins, 1990) in (Sitzia & Wood, 1997).

Die Forderung nach Qualität ist demnach auch immer eine Forderung nach Patientenorientierung. Patientenorientierung lässt sich mittels des Verfahrens von Patientenbefragungen operationalisieren und der Grad der Patientenzufriedenheit ermitteln. Der Politik ist dieser Aspekt so wichtig, dass qualitätssichernde Maßnahmen und Qualitätsmanagement sogar in Gesetzen verankert sind.

2.3.2 Rechtliche Rahmenbedingungen des Qualitätsmanagements

Seit 1989 ist in Deutschland per Gesetz die Qualitätssicherung im Krankenhaus explizit vorgeschrieben und die Rechte der Patienten auf qualitätsgesicherte Behandlung als Rechtsnorm abgesichert (§ 137 SGB V in Verbindung mit § 112 und 113 SGB V) (Nickel, 2006) S. 17 und S. 18.

2000 werden die gesetzlichen Anforderungen an das Qualitätsmanagement im GKV-Gesundheitsreformgesetz definiert:

Zur Einführung und Umsetzung eines Qualitätsmanagements gemäß § 135 a SGB V Absatz 2 sind zugelassene Krankenhäuser nach Maßgabe des § 137 SGB V verpflichtet. Der Gesetzgeber stellt folgende grundsätzlichen Anforderungen an ein Qualitätsmanagement:

- Die Qualität der Arbeit ist systematisch und umfassend zu hinterfragen.
- Anstrengungen sind zu unternehmen, um die Qualität zu verbessern.
- Unter Qualitätsmanagement wird eine Managementmethode verstanden, die auf die Mitwirkung aller Mitarbeiter gestützt, die Qualität in den Mittelpunkt ihrer Bemühungen stellt und kontinuierlich bestrebt ist, **die Bedürfnisse der Patienten, Mitarbeiter, Angehörigen und zuweisenden Ärzte zu berücksichtigen** (*Hervorhebung durch den Autor*).

- Berufsgruppen-, hierarchie- und fachübergreifende Zusammenarbeit.
- Stetige interne, systematische Bewertung des erreichten Standes der Qualitätssicherungsanstrengungen.
- Im Interesse eines kontinuierlichen und zielgerichteten Verbesserungsprozesses ist die interne Dokumentation der durchgeführten Maßnahmen ein wesentliches Instrument.

Nach (Bechtel-BALK & Eisenreich, 2003) S. 17.

Die Gesetze fordern Qualitätssicherungsmaßnahmen und Qualitätsmanagementsysteme zur Verbesserung der Leistungen aus Patientensicht. Damit rückt die Messung der Patientenzufriedenheit in den Fordergrund, da Qualität wesentlich durch die Patientenzufriedenheit bestimmt wird, wie das folgende Kapitel verdeutlicht.

2.3.3 Ergebnisorientierung, Patientenzufriedenheitsmessung und Qualität

Donabedian (1966) systematisiert mit seinem richtungweisenden Artikel „Evaluating the quality of medical care“ den Begriff der Qualität. Er unterteilt Qualität in Ergebnisqualität, Prozessqualität und Strukturqualität. Mit diesem bahnbrechenden Ansatz schafft er die Grundlagen für die weitere Diskussion zum Thema Qualität. Die Ergebnisqualität hat für ihn den höchsten Stellenwert, gefolgt von der Prozess- und dann der Strukturqualität. Diese Sichtweise setzt wesentliche Impulse in der Forschung zum Qualitätsmanagement der folgenden Jahre. Manche Autoren stellen kritisch fest, dass man Ergebnisparameter häufig aus der Sicht der Ärzte und Pflegekräfte definiert und viel zu selten aus Sicht der Patienten (S. Bond & Thomas, 1991) (Sitzia & Wood, 1997). Bei der Ergebnismessung sollte somit stärker die Sicht der Patienten berücksichtigt werden, zum Beispiel durch Patientenzufriedenheitsmessung. Für das Qualitätsmanagement zählt Patientenzufriedenheit zu den Validitätskriterien für die Qualität der Patientenversorgung. „The effectiveness of care as has been stated, in achieving or producing health and satisfaction, as defined for its individual members by a particular society or subculture, is the ultimate validator of the quality of care.“ S. 186 (Donabedian, 1966).

Donabedian formuliert damit eine Sichtweise, die sich durchsetzt (1988) (Aharony & Strasser, 1993) (Karl Blum, 1996). Blum et al. beschreiben 2001 den Stand der Forschung: „Ergebnisqualität gilt gemeinhin als wichtigste Kategorie der Versorgungsqualität, insofern sie das intendierte Ziel eines medizinischen Eingriffs erfasst und damit dessen eigentlichen Erfolgsindikator darstellt; die zentrale Funktion von Patientenurteilen für ihre Messung und Sicherung dürfte weitgehend unstrittig sein.“ (K. Blum, et al., 2001) S. 33.

Young, Meterko et al. stellen für die USA fest, dass man Patientenbefragungen neben der Nutzung für das interne Qualitätsmanagement immer häufiger auch zum Vergleich zwischen verschiedenen Einrichtungen nutzt. Sie fordern deshalb, soziodemografische Aspekte und institutionelle Einflussfaktoren auf die Patientenzufriedenheit zu berücksichtigen, damit es bei dieser Form der Nutzung der Patientenzufriedenheit nicht zu ungewollten Fehlschlüssen kommt (Young, Meterko, & Desai, 2000).

Fazit

Die zunehmende Bedeutung und letztendlich die Verankerung des Qualitätsmanagements in verschiedenen Gesetzen sorgt für eine vermehrte Beschäftigung mit der dem Qualitätsmanagement inhärenten Patientenorientierung. Ein Schwerpunkt der Verbesserung soll in der Ergebnisqualität liegen und diese ist zu ganz wesentlichen Teilen durch hohe Patientenzufriedenheit bestimmt. Die Patientenzufriedenheitsmessung rückt somit in den Focus des Krankenhaussektors und ihr Nutzen wird nicht mehr in Frage gestellt.

Bezug zur empirischen Fragestellung:

Die intensive Beschäftigung des Krankenhaussektors mit dem Thema Patientenzufriedenheit wäre ohne Qualitätsmanagement nicht denkbar. Die hier vorliegenden spezifischen Anforderungen sorgen für eine intensivere Beschäftigung mit methodischen Fragestellungen. Das im Qualitätsmanagement gewünschte externe Benchmarking bedingt z. B. die Forschungsaktivitäten zur Risikoadjustierung der Patientenzufriedenheit bezüglich soziodemografischer und institutioneller Aspekte. Fragestellungen im Bereich der personengebundenen Einflussfaktoren rücken somit in den Vordergrund.

3 Zufriedenheit

Zur Klärung des Einflusses von personengebundenen Faktoren auf die Patientenzufriedenheit ist vorab eine Beschäftigung mit dem Konstrukt Patientenzufriedenheit und seinen theoretischen Fundamenten notwendig. Patientenzufriedenheit hat jedoch keine eigenständigen theoretischen Wurzeln (siehe Kapitel 4), sondern beruft sich in weiten Teilen auf Theorien und Forschungsergebnisse der Zufriedenheitsforschung. Konsequenterweise erfolgt in diesem Kapitel die Auseinandersetzung mit dem Thema Zufriedenheit, besondere Beachtung findet dabei der Einfluss von personengebundenen Einflussfaktoren auf die Zufriedenheit.

Etymologisch leitete sich der Begriff Zufriedenheit aus dem Adjektiv "zufrieden" ab, das bereits im Mittelalter aus dem Zusammenschluss der Präposition "zu" mit dem Substantiv "Friede" entstanden ist.

Ausgehend von dem Wort "Friede" ist der Begriff eng mit der Gerichtssprache verbunden, der einen dem Streit entgegengesetzten Zustand bezeichnet. Im Laufe der Zeit bildet sich die allgemeine Bedeutung von innerer Ruhe, Beruhigung und Geistes- bzw. Seelenfrieden heraus.

3.1 Die Geschichte der Zufriedenheitsforschung

Die Zufriedenheitsforschung hat ihre Wurzeln in der Wirtschaftspsychologie zu Beginn des 20. Jahrhunderts. Es ist für Ingenieure und Sozialwissenschaftler eine faszinierende Perspektive, den Menschen im Rahmen der sich ständig weiter perfektionierten Prozesse als "Störfaktor" zu erfassen und zu kontrollieren (Huber, 1983) S. 18. Die ersten Forschungsarbeiten beschäftigen sich folgerichtig mit dem Bereich der Arbeitszufriedenheit.

Anfangs gibt es wenige Publikationen im Bereich der Zufriedenheitsforschung, zu einem nennenswerten Anstieg kommt es erst in den 80er Jahren. Dies zeigt eine Auswertung der Psychological Abstracts ab dem Jahre 1927, die sich unter den Begriffen "satisfaction", "need- satisfaction ", "happiness" oder "well-being" finden:

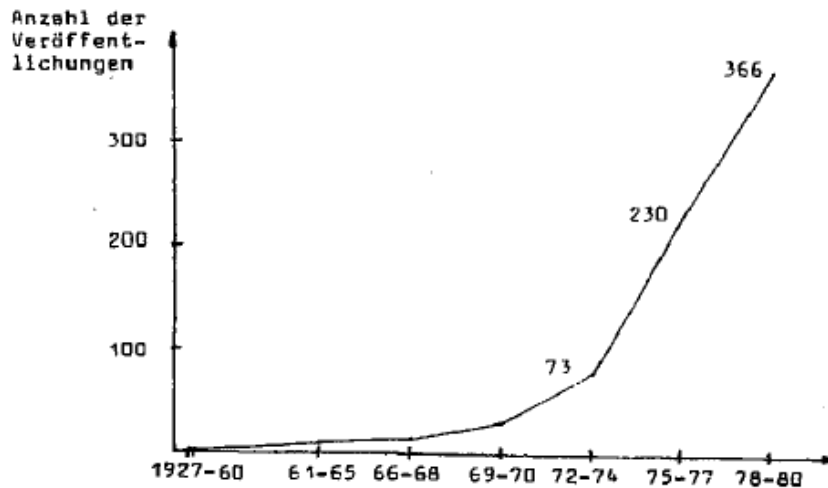


Abbildung 7 Anzahl der Veröffentlichungen zur Zufriedenheit bis 1980 (Huber, 1983) S.1.

Doch die Entwicklung geht rasant weiter und allein in den USA erscheinen schon bis zum Jahr 1992 weit über 15.000 veröffentlichte Zufriedenheitsstudien (Homburg, 2006) S. 19.

Einen exemplarischen Eindruck über die Entwicklung der Zufriedenheitsmessung geben einige bekannte Studien und Forschungsansätze. In der Entwicklung der Zufriedenheitsmessung bestimmt man bereits sehr früh die grundlegenden wissenschaftlichen Verfahren zur Messung der Zufriedenheit, wobei im folgenden auf den quantitativen Methoden der Schwerpunkt liegt, da sie auch dieser Studie zu Grunde liegen.

Eine der ersten Studien führt Hoppocks (1935) durch, in dessen Fragebogen zur Arbeitszufriedenheit nutzt er bereits die Likert- Skala und verwendet damit die am häufigsten verwendete Methode zur Messung von Zufriedenheit, zitiert nach (Huber, 1983) S. 7. Die Likert- Skala, von Rensis Likert 1932 entwickelt, ist ein Skalierungsverfahren zur Messung von persönlichen Einstellungen in der empirischen Sozialforschung und der Psychologie. Alle Items einer Dimension werden entweder mit nur positiven oder nur negativen Aussagen formuliert. Die Annahme ist dabei, dass die Aussage eines Items umso mehr abgelehnt wird, je weiter die eigene Einstellung von der Formulierung des Items abweicht (Rost, 2004) S. 50 f. Die Antwortmöglichkeiten sind in der Likert- Skala aufsteigend angeordnet. Die Likert- Skala hat ein ordinales Skalenniveau, auch wenn in der Psychologie die Mittelwerte der Fragen einer Dimension oft ungeprüft als metrisch betrachtet werden.

Bei den legendären „Hawthorne- Studien“ (Roethlisberger & Dickson, 1939) (Roethlisberger, 1941) befragt man mittels unstrukturierter qualitativer Interviews Arbeiter bezüglich ihrer Arbeitssituation. Sie sollen von persönlichen Problemen und Erfahrungen berichten. Hier definiert man Zufriedenheit nach folgendem Index:

$$\text{Zufriedenheit} = \frac{\text{Häufigkeit der günstigen Erwähnung eines Themas}}{\text{Gesamthäufigkeit der Erwähnung eines Themas}}$$

Gleichung 1 Zufriedenheitsindex der Hawthorne- Studien

Diese Methode erweist sich später als sehr unzuverlässig, zitiert nach (Huber, 1983) S. 18 ff.

Evans and Laseau (1949), zitiert nach (Huber, 1983) S. 8, führen bei General Motors einen Aufsatzwettbewerb durch als indirekte qualitative Messung der Arbeitszufriedenheit mit dem Thema: „Meine Arbeit und warum ich damit zufrieden bin“. Die Autoren erstellen ein Auswertungsschema mit annähernd 80 Kategorien, um die einzelnen Inhalte anschließend quantifizieren zu können.

Seit den 50er Jahren beeinflusst die Einstellungsforschung (Attitude- Forschung) in starkem Maße auch Überlegungen zur Erfassung von Arbeitszufriedenheit (A. L. Edwards & Kenney, 1946) (Allen L. Edwards, 1957). So setzen Blum und Russ (1947) die Methode des Paarvergleichs erstmals in einer Untersuchung zur Arbeitszufriedenheit ein. Die Autoren geben in einer Liste Paare von Feststellungen vor, die einen inhaltlichen Bezug zur Arbeit herstellen. Damit lässt sich eine Rangordnung bezüglich der Zufriedenheit bilden, zitiert nach (Huber, 1983) S. 6 ff. Diese Methode stellt ein weiteres quantitatives Vorgehen bei der Zufriedenheitsmessung dar.

Flanagan (1954) beschreibt die „Critical Incident Technique“, auch "Methode der kritischen Ereignisse" genannt, bei der man durch Beobachtung/ Befragung ermittelt, wie die Befragten Probleme lösen, um das Vorgehen als Modell für weitere Problemlösungen zu nutzen. Flanagan empfiehlt in drei Schritten vorzugehen:

- Zuerst soll man das Ziel, die Aufgabe, das Themengebiet beschreiben,

- danach nach positiven Erlebnissen und dann
- nach negativen Erlebnissen fragen.

Maccoby (1954) wendet diese Methode in Form von halbstrukturierten Interviews bei Arbeitern an.

Kunin (1955) entwickelt die sogenannte "Gesichter- Skala" bei der er reale Gesichter abstrahiert.

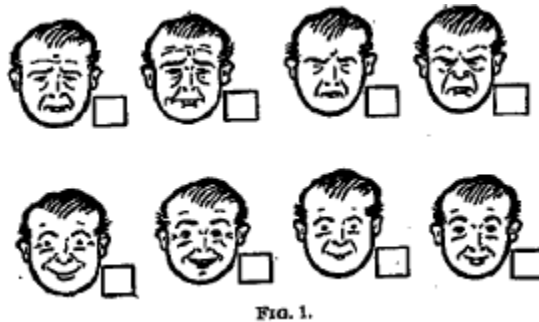


Abbildung 8 (Kunin, 1955) S. 67



Abbildung 9 Abstrahierte Gesichterschemata nach Kunin

Er zielt mit den schematischen Zeichnungen darauf ab, affektive Reaktionen zu provozieren und wendet sich ab von der rein verbalen Beschreibung der Antwortmöglichkeiten.

Fazit

Die Wurzeln der Zufriedenheitsforschung liegen im Bereich der Arbeitszufriedenheit. Grundlegende Methoden der Zufriedenheitsmessung, wie zum Beispiel die Likert-Skala, die Gesichterskala oder die Critical Incident Methode werden bereits in den Anfängen der Forschungstätigkeit entwickelt. Bis 1980 gibt es eine sehr überschaubare Anzahl von Publikationen, aber dann explodieren die Veröffentlichungen zur Zufriedenheitsforschung förmlich.

Bezug zur empirischen Fragestellung:

Die theoretischen Wurzeln der Patientenzufriedenheit liegen im Bereich der allgemeinen Zufriedenheitsforschung. Obwohl diese auf eine lange Forschungstradition zurückblicken kann, beginnt in der Literatur mit diesem Thema erst in den 80er Jahren eine vermehrte Beschäftigung. Dieser späte Beginn zieht konsequenter Weise Verzögerungen bei der Theoriebildung zur Patientenzufriedenheit nach sich.

3.2 Definitionen von Zufriedenheit

Vor einer Definition von Zufriedenheit steht die Abgrenzung dieser vom Bereich der Einstellung, da es hier häufig zu Verwechslungen kommt:

- Zufriedenheit ist im Gegensatz zur Einstellung an konkrete Erfahrung gebunden.
- Der Zufriedenheitsbegriff stellt im Vergleich zum Einstellungsbegriff ein dynamischeres Konstrukt dar und hat eine geringere zeitliche Stabilität.

Eine weitere Unterscheidung ist, dass Einstellungen im Vorfeld einer Entscheidung eine Rolle spielen, während Zufriedenheit nach einer Entscheidung entsteht. Die beiden Ansätze stellen keinen Widerspruch zueinander dar, sondern ergänzen sich vielmehr (Homburg, 2006) S. 23.

Es gibt viele Definitionen von Zufriedenheit, es folgt eine exemplarische Aufzählung in chronologischer Reihenfolge:

Der Brockhaus des Jahres 1829 beschreibt Zufriedenheit als "... dauernden Gemütszustand, vermöge dessen der Mensch seine Schicksale und Verhältnisse seinen Wünschen angemessen findet.", zitiert nach (vom Holtz, 1998) S. 19.

Morse (1953) definiert Zufriedenheit: "The greater the amount the individual gets, the greater his satisfaction and, at the same time, the more the individual still desires, the less his satisfaction." (Morse, 1953) S. 28.

Stollberg (1968) definiert Zufriedenheit wie folgt: "Zufriedenheit und Unzufriedenheit sind schlechthin psychische Zustände, die eigentlich grundsätzlich gegensätzlichen Charakter tragen und zu entsprechenden Verhaltensdispositionen führen. Zufriedenheit oder Unzufriedenheit stellt sich ein im Ergebnis der Realisierung oder Nichtrealisierung der Bedürfnisse und Erwartungen der Menschen durch die Umweltfaktoren."

Riemer betont den emotionalen Aspekt der Zufriedenheit, indem er sie als

ein Gefühl betrachtet, das ein Konsument im Zusammenhang mit der Nutzung einer Unternehmensleistung empfindet ... Unzufriedenheit lässt sich als ein Gefühl beschreiben, das der Auslöser für eine Anzahl unterschiedlicher Konsumentenreaktionen ist, die für das jeweilige Unternehmen je nach Ausprägung weitreichende negative Konsequenzen haben können. (Riemer, 1986) S. 18.

Vom Holtz schlägt folgende umfassende Basisdefinition für die Zufriedenheit vor, welche die vorgenannten weitgehend integriert:

Zufriedenheit ist ein individuelles psychisches Phänomen, das sich aus emotionalen, kognitiven und intentionalen Bestandteilen zusammensetzt. Zufriedenheit entsteht als Ergebnis des Vergleiches einer Soll-Komponente mit einer Ist-Komponente. Die Soll-Komponente, die uneinheitlich als Bedürfnisse, Erwartungen oder Anspruchsniveau bezeichnet wird, ist ein individuelles Bezugssystem im Sinne eines Vergleichsmaßstabs, das zur Beurteilung der Ist-Komponente dient. Als Ist-Komponente fungiert die vom Individuum subjektiv wahrgenommene situative Realität. Wenn nun die Ist-Komponente in den Augen des Individuums gleich oder größer als die Soll-Komponente ist, d.h. wenn sich die wahrgenommene Situation zur Bedürfnisbefriedigung eignet, dann entsteht

beim Menschen Zufriedenheit. Im umgekehrten Fall (Ist-Komponente < Soll-Komponente) entsteht aus der Nicht-Erfüllung von Bedürfnissen individuelle Unzufriedenheit (vom Holtz, 1998) S. 21 ff.

Fazit

Während der Brockhaus noch 1829 Zufriedenheit eher einstellungsnah beschreibt, kommen spätere Definitionen zu einem stärker situativen Charakter der Zufriedenheit. Diese definiert man als Ergebnis des Vergleichsprozesses zwischen einem Ist- und einem Soll- Zustand.

Bezug zur empirischen Fragestellung:

Schon die Zufriedenheitsliteratur integriert in die Definition zur Zufriedenheit den Ist-Soll- Vergleich, die Soll- Komponente wird damit schon zum zentralen personengebundenen Bestandteil der Zufriedenheitsforschung.

3.3 Zentrale Komponenten der Zufriedenheit

Die neueren Definitionen der Zufriedenheit im Kapitel 3.4 beinhalten drei Komponenten:

- Ist- Komponente
- Soll- Komponente
- Ergebnis- Komponente

Die Ist- Komponente beschreibt die erlebte Situation, die Soll- Komponente beschäftigt sich mit den Erwartungen und die Ergebnis- Komponente ist die erlebte Zufriedenheit. Da die einzelnen Komponenten wesentliche Bestandteile der Zufriedenheitstheorien sind, erfolgt vorab eine differenzierte Betrachtung dieser drei Aspekte.

3.3.1 Ist- Komponente

Bei der Ist- Komponente unterscheidet man zwischen objektiver und subjektiv wahrgenommener Realität (Tse & Wilton, 1988). Homburg fasst den Forschungsstand folgendermaßen zusammen: „Im Rahmen der Konzeptualisierung der Ist-Komponente wird in der Literatur die subjektive Leistung der objektiven Leistung vorgezogen.“ (Homburg, 2006) S. 21.

Die Ist- Komponente ist demzufolge die individuell wahrgenommene Realität bzw. persönlich erlebte Situation. Problematisch sind dabei die Wahrnehmungsverzerrungen, welche die objektive Realität verfälschen. Folgende Wahrnehmungsverzerrungen können, ohne einen Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben, auftreten:

- Vorhandene Reizschwellen (Manche Reize werden erst dann wahrgenommen, wenn sie einen deutlichen Unterschied zu früheren Reizwahrnehmungen haben.)
- Assimilations- Effekte (Erwartungsnaher Reize werden als erwartungsgemäß wahrgenommen.)
- Kontrast- Effekte (Erwartungsferne Reize werden als noch entfernter wahrgenommen, als sie eigentlich sind.)
- Stereotypenbildung (Komplexitätsreduzierende Wahrnehmungsverzerrung, bei der Beurteilungen auf Basis einzelner Merkmale erfolgen, die zu einer Einordnung in eine wertebehaftete Kategorie führen.)
- Halo- Effekt (Aufgrund logischer Schlüsse wird auf der Basis eines konkreten Merkmals auf alle anderen Merkmale geschlossen.)
- Irradiation (logisch nicht begründbare Eindrucksverknüpfung aus dem Umfeld des wahrgenommenen Reizes)
- Primacy- Effekt (Der erste Eindruck überstrahlt alle nachfolgenden Eindrücke.)
- Recency- Effekt (Der letzte Eindruck ist für die Gesamtbeurteilung einer Situation entscheidend.)
- Projektion (Ein psychologischer Abwehrmechanismus, bei dem man Erfolge auch entgegen objektiver Tatsachen eher für sich beansprucht, während man unangenehme Gefühle oder Fehler eher auf andere Personen projiziert.)
- Wahrnehmungsveränderungen zur Vermeidung von Kognitiver Dissonanz (Dissonante Informationen, die den eigenen Erwartungen widersprechen, werden hierbei im Sinne eines Abwehrmechanismus gefiltert, umgedeutet, verdrängt oder überhaupt nicht wahrgenommen.)

(vom Holtz, 1998) S. 59 ff.

Diese Wahrnehmungsfehler führen einerseits dazu, dass die objektive Realität auf dem Weg zur subjektiven (und damit entscheidenden) Realität verändert wird. Auch wenn man in der Literatur zur Zufriedenheitsentstehung die subjektive Situation als entscheidend betrachtet, entsteht eine Lücke, die nicht zu überbrücken ist. Assimilations- und Kontrasteffekte entwickeln sich im Bereich der Kundenzufriedenheit zu eigenständigen Modellen weiter (Sherif & Hovland, 1961) (Dawes, Singer, & Lemons, 1972) (R. E. Anderson, 1973) (Oliver, 1977) (Morwitz & Pluzinski, 1996) (Clow, Kurtz, & Ozment, 1998) (Mittal, Kumar, & Tsiros, 1999) (Homburg, 2006) S. 26. Die Wahrnehmungsveränderungen zur Vermeidung von Kognitiver Dissonanz sind ein wesentlicher Bestandteil der Dissonanztheorie von Festinger (Kapitel 3.4.5).

3.3.2 Soll- Komponente

Als Soll- Komponente bezeichnet man die erwartete Situation oder Leistung, mit der dann die Ist- Situation oder Leistung verglichen wird. Bei der Soll- Komponente existiert weitgehende Uneinigkeit über die Bezeichnung des Vergleichsmaßstabs. Begriffe, wie Bedürfnisse, Werte, Erwartungen, Erfahrungen, Anspruchsniveau, Wichtigkeit, ... finden in unterschiedlichen Studien Verwendung, ohne dass sich ein allgemeingültiges Konzept erkennen lässt (vom Holtz, 1998) S. 54 (Kaiser, 2005) S. 51 ff. Linder-Pelz erfasst in ihrer Dissertation die von Patienten subjektiv empfundene Wichtigkeit bezüglich verschiedener Aspekte der Krankenversorgung und versucht die Schiefe durch extreme Formulierungen auszugleichen. So können sich die Patienten zwischen fünf Kategorien entscheiden:

- 1) more important than anything else
- 2) extremely important
- 3) very important
- 4) important
- 5) not important

(S. Linder-Pelz, 1979) S. 153.

Iversen, Hansen et al. führen ein Studie mit 1597 Patienten durch, in der sie feststellen, dass die Soll- Komponente (über die Wichtigkeit operationalisiert) bei verschiedenen Patientengruppen die gleiche Reihenfolge hat (Iversen, Hansen, Freil, & Kreiner, 2009).

Es folgt eine Darstellung mehrerer Kategorisierungssysteme für die Soll- Komponente:

Wiswede entwickelt ein System mit vier verschiedenen Anspruchsniveaus:

- Individuelles Erfahrungsniveau, das sich durch Lern- und Sozialisationsprozesse bildet
- Soziales Vergleichsniveau, bei dem man die eigenen Verhältnisse mit den entsprechenden Verhältnissen relevanter Bezugspersonen vergleicht
- Vergleichsniveau für Alternativen, bei denen ein Individuum wahrgenommene Handlungsalternativen gegeneinander abwägt
- Adaptions- oder Toleranzniveau beschreibt, welche Ereignisse als gewohnt bzw. normal oder erwartet eingestuft sind

Wiswede 1980 S. 160.

Vom Holtz entwickelt ein weiteres System zur Kategorisierung der Soll- Komponente:

- ideale Leistung ("desired performance")
- angemessene Leistung ("adequate performance")
- gerechterweise zu erwartende Leistung ("fair performance")
- erfahrungsgemäße Leistung ("expected/predicted/anticipated performance")
- produktspezifische Leistung ("product type norm")
- beste bekannte Leistung ("best brand norm")
- kostenbedingt zu erwartende Leistung ("equitable performance")
- mindestens zu erwartende Leistung ("minimum tolerable performance")

(vom Holtz, 1998) S. 57 siehe auch (Kaiser, 2005) S. 51 ff. Er sieht aber auch starke inhaltliche Überschneidungen zwischen den einzelnen Begriffen, was das wissenschaftliche Arbeiten mit dieser Systematik erschwert.

Friedson zitiert nach (Locker & Dunt, 1978) schlagen vor, zwischen Erwartung im Hinblick auf einen persönlichen Idealzustand und den realistischen Erwartungen aufgrund der eigenen bisherigen Erfahrungen und Erzählung anderer zu unterscheiden (Friedson, 1961).

Iversen, Hansen et al. können nachweisen, dass es keinen Zusammenhang zwischen Zufriedenheit und Wichtigkeit gibt (Iversen, et al., 2009).

3.3.3 Ergebnis- Komponente

Die Ergebniskomponente ist der kognitive und affektive Bewertungsprozess der Diskrepanz des Ist- Soll- Vergleiches. Sie stellt einen eigenen Aspekt innerhalb des Konstrukts Zufriedenheit dar. Die erlebte Diskrepanz führt nicht deterministisch zu (Un-) Zufriedenheit, sondern erst eine individuelle Verarbeitung, die durch Gefühle und kognitive Prozesse bestimmt ist, führt zu einem abschließenden Urteil.

Im Hinblick auf die Ergebnis- Komponente gibt es viele offene Fragen:

1. Unklar ist, ob Zufriedenheit und Unzufriedenheit als die Enden eine Skala zu sehen sind oder beide Aspekte unabhängig voneinander auf zwei Dimensionen verteilt sind.
2. Welche Mechanismen, die zur Zufriedenheit oder Unzufriedenheit führen, wirken und wodurch können diese beeinflusst werden?
3. Ist die Zufriedenheit ein eindimensionales oder mehrdimensionales Konstrukt und welche Unterdimensionen gibt es?

Fazit

Bei der Ist- Komponente der Zufriedenheit besteht Einigkeit darüber, dass es sich dabei um die subjektive Realität der Person handelt, die aber durch zahlreiche Wahrnehmungsverzerrungen von der objektiven Realität abweichen kann.

Bei der Soll- Komponente der Zufriedenheit gibt es unterschiedliche Klassifikationsansätze, wobei häufig ein einfacher Ansatz, der zwischen angemessener und gewünschter Erwartung unterscheidet, angewendet wird. Andere Ansätze nutzen aber auch den Begriff der subjektiven Wichtigkeit um die Soll- Komponente zu definieren.

Bei der Ergebnis- Komponente kommt es durch einen Bewertungsprozess zu einem Zufriedenheitsurteil.

Bezug zur empirischen Fragestellung:

Bei der Messung der Zufriedenheit der Patienten soll ein Instrument zur Anwendung kommen, das neben der Zufriedenheit auch die Ist- und die Soll- Situation des Patienten erfasst.

3.4 Theoretische Erklärungsansätze der Zufriedenheit

Da die Patientenzufriedenheit, wie bereits erwähnt, keine eigenständige theoretische Basis hat, sondern sich der allgemeinen Zufriedenheitstheorien bedient, muss zuerst eine Darstellung der allgemeinen Zufriedenheitsforschung erfolgen. Es werden dabei schwerpunktmäßig die Zufriedenheitstheorien skizziert, die personengebundene Einflussfaktoren auf die Zufriedenheit berücksichtigen.

Es gibt keine umfassende Meta- Theorie der Zufriedenheit, obwohl sie ein extrem häufig untersuchtes Phänomen der angewandten Organisations- und Sozialpsychologie ist (vom Holtz, 1998) S. 28. Days Aussage ist auch heute noch gültig: „No Consensus has been achieved with respect to a core theory of satisfaction/dissatisfaction.“ (Day, 1982) zitiert nach (Kaiser, 2005) S. 45.

3.4.1 Bedürfnistheorie von Maslow

Eines der ältesten Modelle zur Zufriedenheit ist das hierarchische Motivationsmodell von Maslow, das man auch als Bedürfnistheorie bezeichnet. Er unterscheidet fünf hierarchisch aufeinander aufbauende Bedürfnisklassen:

- physiologische Bedürfnisse
- Sicherheitsbedürfnisse
- Zugehörigkeits- bzw. Zuneigungsbedürfnisse
- Anerkennungsbedürfnisse
- Bedürfnisse nach Selbstverwirklichung

Die ersten vier Bedürfnisklassen sind stillbare Defizitmotive, das letzte ist ein unbegrenztes Wachstumsmotiv (Maslow, 1954) S. 35 ff. Die stillbaren Bedürfnisse lassen sich befriedigen, um Zufriedenheit zu erreichen. Aber wenn sie erfüllt sind, hat man keinen weiteren Wunsch diese zu befriedigen (Wenn man nicht mehr hungrig ist, versucht man beispielsweise nicht mehr zu essen.). Das Bedürfnis nach Selbstverwirklichung lässt sich nie wirklich abschließend befriedigen und man bezeichnet es deshalb auch als unstillbares Bedürfnis.

Die Ebene der physiologischen Bedürfnisse spielt im Zusammenhang der Patientenzufriedenheit nur insofern eine Rolle, dass in Ländern, in denen diese nicht gesichert sind, nach diesem Modell grundsätzlich keine Zufriedenheit vorhanden sein kann. Der Aspekt der Sicherheit dürfte hier jedoch eine weitaus größere Rolle spielen, da Patienten sich in einer Situation der Unsicherheit befinden. Das System Krankenhaus ist für die meisten fremd und die Situation ist verbunden mit einer oft existenziellen Abhängigkeit von fremden Personen. Zufriedenheit wäre in diesem Kontext abhängig von der Fähigkeit der Klinik Sicherheit zu vermitteln. Möglich wäre auch, dass es unterschiedliche Niveaus des Sicherheitsbedürfnisses beim Menschen gibt, das dann bei gleicher Ausgangssituation zu verschiedenen Zufriedenheitsausprägungen führt.

3.4.2 Dis- Confirmation- Modell

Das Dis- Confirmation- Modell ist das am häufigsten verwendete Modell in der Zufriedenheitsforschung. (Un-)Zufriedenheit entsteht als psychische Reaktion auf das Ergebnis eines Soll- Ist- Vergleichs zwischen Erwartetem (Soll) und subjektiv Erhaltenem (Ist). Dieser Vergleich kann entweder zu einer "Bestätigung" (confirmation) oder einer "Nicht-Bestätigung" (disconfirmation) der Erwartungen führen. Dieses allgemein anerkannte Modell der Zufriedenheitsentstehung wird als (Dis-) Confirmation- Modell bezeichnet. Im Sinne einer Differenzbildung subtrahiert der Mensch den Ist- Wert vom Soll- Wert (Kaiser, 2005) S. 49 ff, (Oliver, 1980).

Bei der Entstehung der Zufriedenheit handelt es sich nicht um einen simplen mechanistisch-mathematischen Prozess der Ist- Soll- Differenzbildung, sondern kognitive und affektive Prozesse überlagern zusätzlich noch die Zufriedenheitsbildung. Folgendes Diagramm veranschaulicht den Prozess:

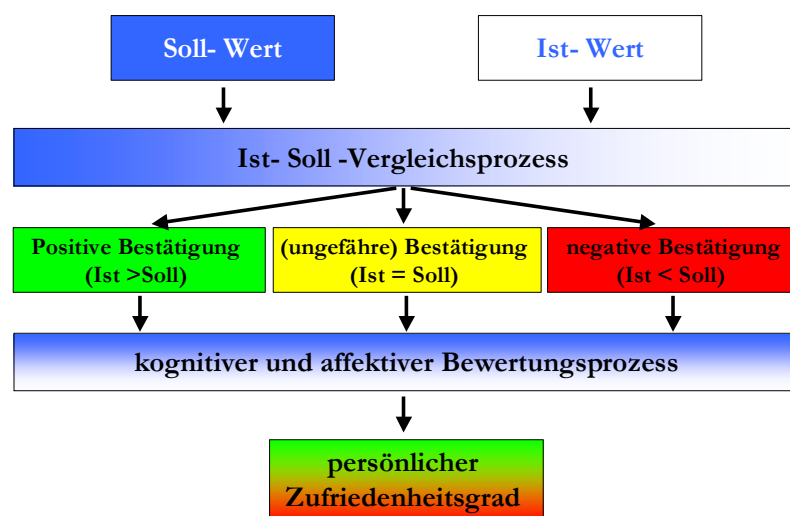


Abbildung 10 Entstehung der Zufriedenheit modifiziert nach (vom Holtz, 1998) S. 66

In diesem Modell gibt es drei potentielle Bezugspunkte zur Fragestellung dieser Studie.

Als wesentlicher personengebundener Einflussfaktor ist in diesem Modell die Erwartung (Soll- Wert) zu betrachten. Menschen mit hohen Erwartungen sind mit der gleichen Situation unzufriedener als Menschen mit niedrigen Ansprüchen.

Auch kann es aufgrund personengebundener Wahrnehmungsverzerrungen zu einer unterschiedlichen Wahrnehmung der Ist- Situation kommen. So nehmen Patienten nach einer Augenoperation die Situation anders wahr als chirurgische Patienten.

Unterschiedliche personengebundene kognitive und affektive Bewertungsprozesse können bei gleicher Soll- Ist- Differenz zu unterschiedlichen Zufriedenheitsurteilen führen. So können unterschiedliche Hormonlagen und Verdrängungsprozesse bei Müttern direkt nach der Entbindung und zu einer anderen Bewertung der Geburtssituation führen als einige Monate später.

3.4.3 Zwei- Faktoren- Theorie von Herzberg

Die Zwei- Faktoren- Theorie von Herzberg et al. basiert auf einer empirischen Untersuchung zur Arbeitszufriedenheit (sog. Pittsburgh- Studie), die Probanden sollen mittels der Methode der kritischen Ereignisse Erlebnisse schildern, die sie als besonders angenehm bzw. unangenehm empfunden haben.

Es lassen sich zwei voneinander unabhängige Bedürfnisgruppen identifizieren:

- Die Hygiene- Faktoren sind für die Unzufriedenheit verantwortlich. Sie führen aber nicht zur Zufriedenheit, durch sie lässt sich nur Unzufriedenheit verhindern.
- Die Motivatoren sind für Zufriedenheit verantwortlich, sie bewirken eine Erhöhung der Zufriedenheit. Wenn sie fehlen, senkt dies die Zufriedenheit, jedoch ohne Unzufriedenheit zu verursachen.

(Herzberg, 1965) (Herzberg, 1966) S. 71 ff.

Die Kritik an der Zwei- Faktoren- Theorie von Herzberg ist vielfältig und geht von unpräzisen und missverständlichen Formulierungen, über verschiedene Interpretationsmöglichkeiten der Theorie und Übersimplifizierung des Zufriedenheitsbegriffes bis hin zu einer extremen Methodengebundenheit der Theorie, was die Artefaktgefahr der Ergebnisse nahelegt (Kaiser, 2005) S. 197 f.

3.4.4 Zufriedenheitstheorie nach Bruggemann

Bruggemann et al. sehen (Arbeits-) Zufriedenheit und ihre unterschiedlichen Ausprägungsformen als Ergebnis eines Soll- Ist- Vergleiches. Die im Rahmen des Soll- Ist- Vergleiches erfolgte Befriedigung bzw. Nicht- Befriedigung von Bedürfnissen und Erwartungen führt entweder zu stabilisierender Zufriedenheit oder zu diffuser Unzufriedenheit. Diese beiden generellen Zufriedenheitsdimensionen unterteilt man dann in Abhängigkeit von der Erhöhung, Aufrechterhaltung oder Senkung des Anspruchsniveaus in sechs Zufriedenheitsarten (A. Bruggemann, Grosskurth, & Ulich, 1975) (A. Bruggemann, 1974).

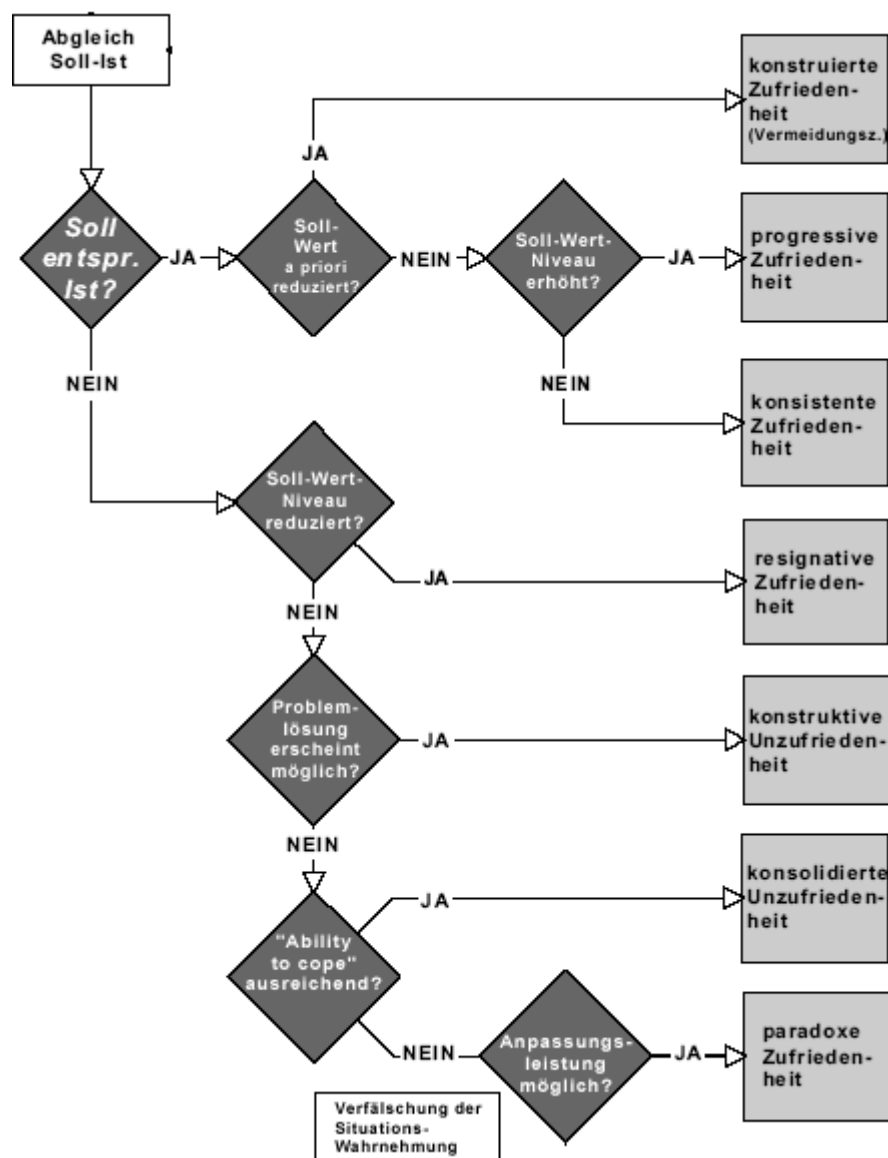


Abbildung 11 Zufriedenheitstheorie von Bruggemann modifiziert nach Hunstein (Hunstein, 1997) S. 27

Dieses Modell wird vor allem im Bereich der Arbeitszufriedenheit genutzt. Hunstein überträgt diesen Ansatz auf den Bereich der Patientenzufriedenheit (Hunstein, 1997) (Hunstein, 1999). Im Modell von Bruggemann sind mehrere Ansatzpunkte für personengebundene Einflussfaktoren auf die Zufriedenheit zu finden. Einerseits sind die bereits erwähnten Erwartungen Teil des Modells, andererseits beschreibt er kognitive Anpassungsprozesse des Erwartungsniveaus. So stellt Bruggemann fest, dass die Formen der Arbeitszufriedenheit bei Frauen und Männern sehr unterschiedlich verteilt sind (Agnes Bruggemann, 1976).

3.4.5 Dissonanztheorie nach Festinger

Die Theorie der Kognitiven Dissonanz von Festinger geht von einer Störung des Gleichgewichts aus, die durch sich widersprechende Kognitionen entsteht. Diese Störung bezeichnet man als Dissonanz, dies ist ein als negativ empfundener Gefühlszustand, der durch nicht miteinander vereinbare Kognitionen - Wahrnehmungen, Gedanken, Einstellungen, Meinungen oder Wünsche - entsteht. Dieser Zustand motiviert Personen, die entsprechenden Kognitionen miteinander in Einklang zu bringen. Festinger erklärt mit dieser Theorie sowohl die Entstehung als auch Auflösung von Dissonanz.

Festingers Theorie basiert auf folgenden Hypothesen:

1. Das Vorhandensein von Dissonanz wird als unangenehmer Spannungszustand erlebt, dies übt auf den Menschen Druck aus ihn zu beseitigen oder zu reduzieren. Je größer die empfundene Dissonanz, um so stärker ist der Wunsch diese zu überwinden.
2. Die Dissonanz zwischen zwei kognitiven Elementen kann nur so groß sein, wie der Aufwand, der notwendig ist, das weniger widerstandsfähige der beiden Elemente zu ändern, weil sich zum Zeitpunkt größtmöglicher Dissonanz das weniger widerstandsfähige Element umwandeln würde und die Dissonanz somit beseitigt wäre.

Menschen empfinden konsonante Kognitionen als angenehm, suchen daher aktiv nach ihnen und versuchen dissonante Informationen zu vermeiden. Dies bewirkt auch eine selektive Wahrnehmung von Informationen. Menschen neigen dazu, einmal getroffene Entscheidungen zunächst beizubehalten oder zu rechtfertigen. Neuen Informationen, die zu der getroffenen Entscheidung im Widerspruch stehen, werden tendenziell abgewertet, während alle konsonanten Informationen tendenziell aufgewertet werden. Erst wenn die innere Spannung zu groß ist und die individuelle Toleranzschwelle überschreitet, ändert das Individuum die getroffene Entscheidung, um so Entscheidung und Erfahrung wieder in Einklang zu bringen.

Festinger nennt vier Anwendungsbereiche der Dissonanztheorie:

1. Dissonanz und selektive Informationssuche (selective exposure)
2. Dissonanz nach einstellungsdiskrepantem Verhalten (forced compliance Paradigm)
3. Dissonanz nach Entscheidungen (post decisional dissonance)
4. Dissonanz und soziale Unterstützung (social support)

(Festinger, 1957) S. 1 ff; (Festinger, Irle, & Müntmann, 1978) S. 15 ff.

Nach der Theorie der kognitiven Dissonanz ist Zufriedenheit der angestrebte Zustand, Menschen verändern ihre Erwartung und Wahrnehmung, um Unzufriedenheit nicht erleben zu müssen. Der Wunsch nach Dissonanzreduktion wird mit einer zunehmenden persönlichen Betroffenheit noch verstärkt (Festinger, et al., 1978) S. 253 ff. Die Dissonanz kann zum Beispiel reduziert werden, indem man die Realität umdeutet („Die Ärzte sind eigentlich ganz freundlich, aber haben gerade keine Zeit für mich!“) oder die eigenen Erwartungen reduziert („Ich muss als Patient ja froh sein, wenn ich hier überhaupt behandelt werde!“). Verschiedene Autoren nutzen dieses Modell für die Entstehung der Patientenzufriedenheit (Scheirer, 1978) (Wilkinson, 1986).

Festinger, Irle et al. zeigen auf, dass es deutliche intrapersonell begründete Unterschiede gibt, wie diese mit Dissonanz umgehen. So zeichnen sich Menschen durch unterschiedliche Dissonanztoleranz aus, was wiederum bei gleicher erlebter Dissonanz

zu unterschiedlichen Zufriedenheitsurteilen führt. Menschen mit niedriger Dissonanztoleranz neigen dazu, ihre Unzufriedenheit zu verleugnen, während andere mit hoher Dissonanztoleranz ihre Unzufriedenheit ausdrücken (Festinger, et al., 1978) S. 259 ff.

3.4.6 Involvement- Theorie

Die Involvement- Forschung besagt, dass mit zunehmender Bedeutung eines Beurteilungsobjektes dessen darauf gerichtetes Involvement ansteigt. Als Folge davon entsteht ein gestiegenes Engagement und Interesse, eine höhere Aufmerksamkeit und eine engere gefühlsmäßige Bindung an das Beurteilungsobjekt (Zaichkowsky, 1985b) (Zaichkowsky, 1985a) S. 4 ff.

Ein hohes Involvement bedeutet dabei auch, dass das Themengebiet für die betreffende Person eine besonders hohe Bedeutung hat (Kaiser, 2005) S. 63 f.

Hohes Involvement kann damit auch zu einem geringeren Akzeptanzbereich führen, sodass schon kleinere wahrgenommene negative Abweichungen vom Erwarteten nicht mehr tolerierbar sind. Die personengebundene subjektive Bedeutung der Themengebiete ist das zentrale Element dieser Theorie.

3.4.7 Attributionstheorie

Die Attributionstheorie geht davon aus, dass Menschen nach den Ursachen für Erfolg bzw. Misserfolg suchen. Die Theorie ist auf die Forschungen von Heider (1958) zurückzuführen und wurde in den 1960er und 1970er Jahren weiterentwickelt (Kelley, 1972) (Weiner, 1985). Erfolge oder Misserfolge können zu unterschiedlichen Ausprägungen von Zufriedenheit führen, je nachdem welcher „Ebene“ die Ursachen zuzuschreiben sind.

Man unterscheidet drei Ursachendimensionen (Ebenen der Zuschreibung/Attribution):

- Ort (intern oder extern)
- Stabilität (dauerhaft oder vorübergehend)
- Kontrollierbarkeit (beeinflussbar oder nicht beeinflussbar)

(Kelley, 1972)

Wird die Ursache für Erfolg intern, dauerhaft und als beeinflussbar attribuiert/zugeschrieben, führt dies zu starker Zufriedenheit. Wird aber die Ursache für Misserfolg extern, vorübergehend und als nicht beeinflussbar attribuiert/zugeschrieben, führt dies nur zu einer geringen Unzufriedenheit.

Die drei Basisdimensionen der Attributionstheorie sind alle in der Person verankert, somit sind in dieser Theorie ausschließlich personengebundene Einflussfaktoren vorhanden.

3.4.8 Kano- Modell der Zufriedenheit

Das Kano- Modell der Zufriedenheit (Kano, Seraku, Takahashi, & Tsuji, 1984) versucht verschiedene theoretische Ansätze zu vereinen und stellt das umfassendste Modell dar. Hier wird versucht, die Bedürfnistheorie von Maslow Kapitel 3.4.1 mit den prozessorientierten Theorien zu verbinden, die sich mit den dynamischen Abläufen des menschlichen Verhaltens beschäftigen. Doch nicht alle Ansätze finden Eingang, so fehlt unter anderem die Dissonanztheorie von Festinger.

Das Kano - Modell unterscheidet drei Bedürfnisebenen:

- Basisanforderungen / Muss- Leistungen (äquivalent zu Maslows physiologischen Grundbedürfnissen)
- Leistungsanforderungen / Soll- Leistungen (Sicherheits- und soziale Bedürfnisse nach Maslow)
- Begeisterungsanforderungen / Kann- Leistungen (Selbstverwirklichungsbedürfnis nach Maslow)

Die unterschiedlichen Ebenen haben verschiedene Auswirkungen auf die Zufriedenheit:

- Basisanforderungen verhindern lediglich Unzufriedenheit (es entsteht keine positive Zufriedenheitswirkung).
- Leistungsanforderungen lassen den Zufriedenheitsgrad, gemäß dem Erfüllungsgrad der Anforderungen variieren von zufrieden bis unzufrieden.
- Begeisterungsanforderungen können ausschließlich zu positiver Zufriedenheit führen (ihre Nichterfüllung verursacht keine Unzufriedenheit).

Aber die Anforderungen (Soll- Leistungen) sind nicht fest einer Klasse zugeordnet, sondern können sich prozessual/ situativ bedingt verändern. Hiermit wird die Integration der Prozesssichtweise vollzogen.

Fazit

Das Dis- Confirmation- Modell der Zufriedenheit stellt die am häufigsten genutzte Theorie dar und geht von einem Ist- Soll- Vergleich aus, der dann in einen kognitiven/ affektiven Bewertungsprozess mündet, der von unterschiedlichen Faktoren beeinflussbar ist. Die Zwei-Faktoren-Theorie von Herzberg ist neben der Dissonanztheorie von Festinger eine weitere populäre Theorie der Zufriedenheitsentstehung. Es kann sich bis jetzt keine übergreifende Theorie durchsetzen, auch wenn Kano einen Versuch in diese Richtung macht.

Bezug zur empirischen Fragestellung:

Viele Zufriedenheitstheorien integrieren die Erwartungen als den zentralen personen- gebunden Einflussfaktor. Ein Patientenzufriedenheitsfragebogen muss die Erwartungen und Anforderungen der Patienten ausreichend differenziert erfassen.

4 Patientenzufriedenheit

Eine Studie, die sich mit den personengebundenen Einflussfaktoren auf die Patientenzufriedenheit beschäftigt, soll sinnvoller Weise auch die theoretischen Grundlagen der Patientenzufriedenheit skizzieren. Der Schwerpunkt dieser Studie liegt auf den Ansätzen, die auch in der Person lokalisierte Einflussfaktoren integrieren.

Dieses Kapitel zeigt nun den Forschungsstand zum Thema Patientenzufriedenheit auf. Grundsätzlich ist anzumerken, dass die Patientenzufriedenheitsforschung auf den Erkenntnissen der allgemeinen Zufriedenheitsforschung beruht, die im vorigen Kapitel dargestellt sind.

Nach einem kurzen Überblick der geschichtlichen Entwicklung und der Definitionen, erfolgt die Darstellung der Patientenzufriedenheitstheorien. Abschließend erfolgt eine Skizzierung der verschiedenen Unterdimensionen des Konstrukts Patientenzufriedenheit.

Die Literatur zum Thema Patientenzufriedenheit ist in den letzten 50 Jahren enorm gewachsen, wie eine Recherche in Pubmed zeigt. Dabei wurden am 03.07.2009 in der amerikanischen Datenbank Pubmed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>) nach dem Schlagwort „patient satisfaction“ gesucht und die Treffer nach Erscheinungsjahr gruppiert:

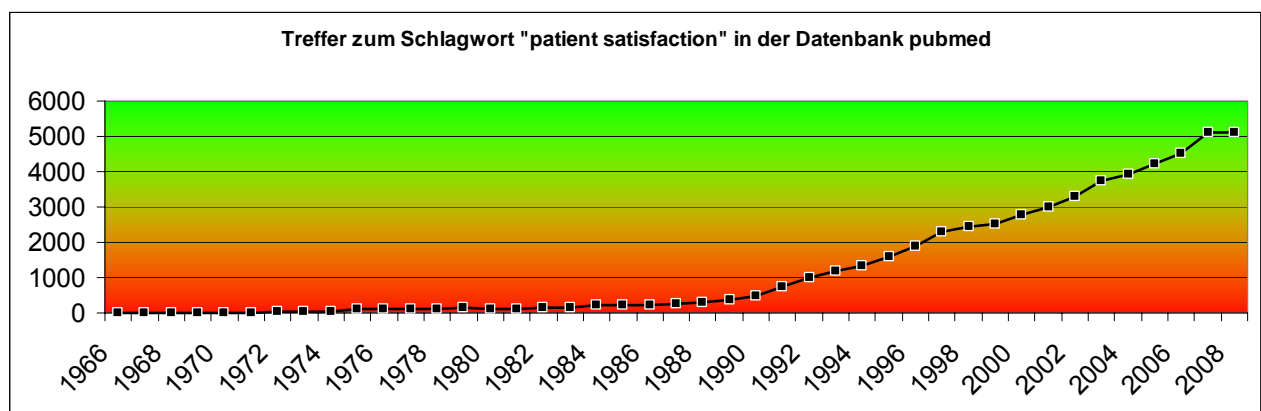


Abbildung 12 Literatur zum Thema Patientenzufriedenheit (U.S. National Library of Medicine & National Institutes of Health, 2009)

Wenn man sich aber nur die Journals von zentraler Bedeutung ansieht, dann ergibt sich ein etwas anderes Bild. Die Patientenzufriedenheitsforschung hat ihren Zenit überschritten:

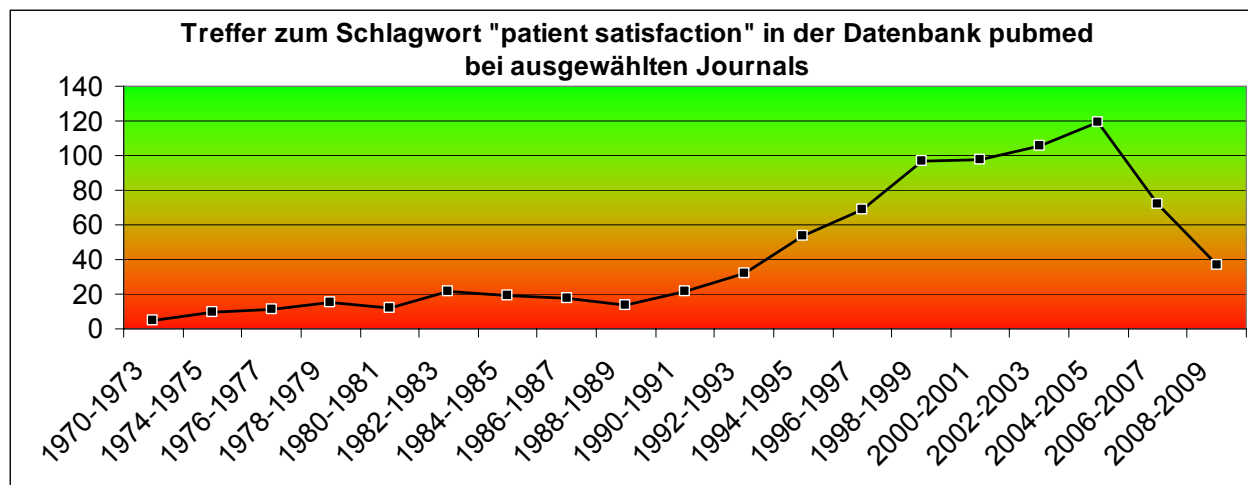


Abbildung 13 Ausgewählte Literatur zum Thema Patientenzufriedenheit (U.S. National Library of Medicine & National Institutes of Health, 2009)

In dieser Betrachtung sind folgende Journals berücksichtigt:

- Medical Care (0025-7079)
- Health Services Research (0017-9124)
- Medical Care Research and Review (1077-5587)
- Journal of Health Services Research and Policy (1355-8196)
- Quality Management in Health Care (1063-8628)
- Health Affairs (0278-2715)
- Evaluation and the Health Professions (0163-2787)
- The American Journal of Managed Care (1088-0224)

Dies macht deutlich, dass Patientenzufriedenheit und Patientenbefragung im englischsprachigen Raum eine lange Tradition und die Publikationen insgesamt noch am Zunehmen sind. Andererseits wird aber auch ersichtlich, dass in Journalen mit einem höheren wissenschaftlichen Indexwert, die Veröffentlichungen zu diesem Thema zurückgehen. Es ist sicher nicht möglich die gesamte Literatur bei über 50.000 Treffern zum Thema "patient" und "satisfaction" (Stand Juli 2009) zu sichten, doch die zentralen Erkenntnisse und der aktuelle Forschungsstand lassen sich skizzieren bei Betrachtung der häufig zitierten Artikel und Bücher. Dies ist die Aufgabe dieses Kapitels, es gibt einen Überblick zur geschichtlichen Entwicklung der Patientenzufriedenheitsforschung

und -messung und stellt die unterschiedlichen theoretischen Erklärungsansätze der Patientenzufriedenheit dar.

4.1 Geschichtliche Entwicklung der Patientenzufriedenheitsforschung und -messung

Die Ursprünge der Forschung über Patientenzufriedenheit liegen in der Soziologie (Szasz & Hollender, 1956). Anfänglich ist dieses Thema Teil einer weit angelegten soziologischen Untersuchungsrichtung, in der man erforscht, inwieweit Amerikaner mit unterschiedlichen Bereichen des täglichen Lebens zufrieden sind oder nicht. 1960 bis 1970 entwickelt sich der Bereich der medizinisch- orientierten Soziologie als eigenständige Forschungsrichtung.

Innerhalb der medizinisch- orientierten Soziologie entwickeln sich zwei Stränge bei der Erforschung der Patientenzufriedenheit.

1. Strang: Compliance des Patienten

Die ersten Forschungsfragen beschäftigen sich mit dem Thema Compliance, es geht unter anderem um:

- den Zusammenhang zwischen Patientenzufriedenheit und Termineinhaltung (Alpert, 1964) (Becker, Drachman, & Kirscht, 1972)
- die Bereitschaft eine empfohlene Behandlung durchzuführen (Wilson & McNamara, 1982)
- die Bereitschaft die empfohlenen Medikamente zu nehmen (Ludy, Gagnon, & Caiola, 1977).

Bei dieser Forschungsrichtung ist Patientenzufriedenheit eine bedeutsame Größe im Zusammenhang mit dem gewünschten Patientenverhalten, wie z. B. Befolgung medizinischer Anweisungen, um so eine bessere medizinische Ergebnisqualität zu erzeugen. Patientenzufriedenheit ist somit ein unterstützendes Element in der medizinischen Versorgung und versucht darüber eine Legitimation zu erhalten (Brian Williams, 1994).

2. Strang: Patient als Kunde

In den späten 60er und Anfang der 70er Jahre entsteht eine neue Bewegung aus der Konsumentenforschung heraus. Der Patient „mutiert“ zum Kunden, seine Zufriedenheit stellt damit eines der Ergebnisparameter der medizinischen Versorgung dar und wird zum gewünschten Zielzustand (C. D. Shaw, 1986). Donabedian bezeichnet Patientenzufriedenheit als inhärentes Element von Gesundheit (Donabedian, 1988). In den 80ern kommt es zu einem richtigen Boom in der Patientenzufriedenheitsforschung, der in den politischen Veränderungen innerhalb der Gesundheitswesen im englischsprachigen Raum seine Begründung hat. Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens geht einher mit der Einführung des Qualitätsmanagements, in gleichem Zuge wandelt sich der abhängige Patient zum mündigen Kunden (Brian Williams, 1994).

4.1.1 Die Entwicklung der Compliance- Forschung

Jahre 1950 bis 1960

Bereits in den 50er Jahren beschäftigen sich Forscher mit dem Thema Patientenzufriedenheit. Erste Artikel gehen auf das Jahr 1951 zurück. Parsons untersucht die Interaktion zwischen Patienten und Ärzten. Eine besondere Bedeutung spielt dabei das Thema Kontrolle und Machtverhältnisse aufgrund unterschiedlicher Rollen von Ärzten und Patienten. (Talcott Parsons, 1951b).

Jahre 1960 bis 1970

Die Geschichte der Patientenbefragung beginnt in den USA in den 60er Jahren, ab diesem Zeitpunkt gibt es breit angelegte systematische Patientenbefragungen, Hintergrund ist vor allem die Compliance- Forschung (Francis, Korsch, & Morris, 1969) (Becker, et al., 1972). Die Fragestellung lautet: „Was bewegt Patienten sich an

ärztliche Ratschläge zu halten?“. Die Beschäftigung mit den Patienten ist dringend notwendig. Sitzia berichtet, sich auf Tagliacozzo (1965) beziehend, dass Patienten zu weinen anfangen, als man ihnen die Möglichkeit gibt über ihre Sorgen und Nöte zu sprechen (Sitzia & Wood, 1997).

In England wird die Pionierarbeit von Cartwright mit seinen umfassenden Befragungen zum Startschuss für die Erforschung der Patientenzufriedenheit. Er befragt mehr als 700 Patienten bezüglich ihrer Erfahrungen mit dem Gesundheitswesen und bündelt die Berichte in einem Buch, das die Erlebniswelt der Patienten verdeutlichen soll. Die breit angelegte Deskription in dieser Studie kann jedoch nicht in gleichem Maße lokale Besonderheiten aufzeigen. Nachfolgende Arbeiten beschäftigen sich daher vermehrt mit Mikrophänomenen (Cartwright, 1964) (Sitzia & Wood, 1997).

McGhee (1961) findet mittels 400 Patienteninterviews heraus, dass die bedeutendste Ursache für die Unzufriedenheit mit der Krankenhausbehandlung der schwierige Informationsfluss ist. Er formuliert: „...that the greatest single defect in hospital care was the barrier to easy exchange of information“ zitiert nach Locker and Dunt (1978) S. 285.

4.1.2 Der Patient als Kunde

Wie bereits im letzten Kapitel angedeutet, wird ab 1970 der „Patient“ zum „Kunden/ Konsumenten“ umdefiniert. Diese Umbenennung hat eine tiefgreifende Bedeutung für die Patientenzufriedenheitsforschung und verdient im folgenden eine genauere Betrachtung. Die Bezeichnung Kunde/ Konsument stammt aus dem ökonomischen Kontext und ist verknüpft mit der politisch gewollten Einführung des Qualitätsmanagements und des Wettbewerbs zwischen den Leistungserbringern im Gesundheitswesen (Hopkins, 1990) (S.J. Williams & Calnan, 1991) (Cox, 1993). Hintergrund ist eine massive Veränderung der Gesundheitswesen im englischsprachigen Raum. Wettbewerbselemente werden integriert und das Thema Patientenbefragung bekommt in diesem Zusammenhang eine andere Bedeutung (Cleary & McNeil, 1988). Leistungserbringer fangen an sich auf Spitzenleistungen zu

konzentrieren, gut ist nicht mehr gut genug, wenn der Mitbewerber besser ist (Otani, et al., 2009) (Kirdar, 2007); Patientenbedürfnisse zu verstehen und besser zu sein als die anderen, entwickelt sich zum Überlebensfaktor (Deitrick, Capuano, Paxton, Stern, & Dunleavy, 2006). Dabei spielt auch die Integration neuer Medien, wie z. B. das Internet eine wichtige Rolle (Ralston, et al., 2007). Insgesamt zeigt sich, dass die Kundenzufriedenheits- und Konsumentenforschung neue Impulse in die Patientenzufriedenheitsforschung bringt.

Kundenzufriedenheitsforschung unterscheidet sich bezüglich der Zufriedenheitsforschung durch seinen ökonomischen Bezugsrahmen und betrachtet den Austausch zwischen Leistungserbringern und Leistungsempfängern mit klarem Fokus auf den Leistungsempfängern (vom Holtz, 1998) S. 34.

Wie in dieser Arbeit bereits diskutiert, haben Kundenzufriedenheitstheorien ihre Wurzel oft in den allgemeinen Zufriedenheitstheorien und sind nur marginal für den Bereich der Kundenzufriedenheit angepasst. Dies trifft sowohl für Confirmation-/Disconfirmation- Paradigmen, als auch für das Zweifaktoren- Modell von Herzberg, das Modell von Bruggemann, die Kognitive Dissonanz- Theorie, die Equity- Theorie und die Attributionstheorie zu. Manche Kundenzufriedenheitsmodelle erfahren im Zuge dieser neuen Ausrichtung Erweiterungen:

Mehr- Faktoren- Modell der Kundenzufriedenheit (Kano, et al., 1984) (Groß-Engelmann, 1999), Theorie der generellen Negativität (Aronson & Carlsmith, 1962). Einige hat man spezifisch für die Konsumentenforschung entwickelt oder spezifiziert, wie zum Beispiel die Assimilationstheorie (Clow, et al., 1998) (Mittal, et al., 1999), die Kontrasttheorie (Dawes, et al., 1972) (R. E. Anderson, 1973) und die Assimilations-Kontrast- Theorie (Churchill & Surprenant, 1982) (Meyers-Levy & Tybout, 1997). Diese haben zusätzlich die Besonderheit, dass sie Wahrnehmungsverzerrungen integrieren. Die Prospect- Theorie (Kahneman & Tversky, 1979) und die Risikotheorie fokussieren das Thema Risiko und Risikovermeidung im Kontext der Kundenzufriedenheit (Bauer, 1960), wobei die Lerntheorien (Sheth, Mittal, & Newman, 1999) (Hoyer & MacInnis, 2004) und auch die Equity- Theorie den Prozess des sozialen Vergleiches bei der Entstehung von Zufriedenheit in den Mittelpunkt stellen. Das GAP- Modell stellt einen eigenständigen empirisch entstandenen Ansatz dar, der

viel Beachtung findet (Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1994). Der interessierte Leser kann sich bei (vom Holtz, 1998) (Kaiser, 2005) (Homburg, 2006) über dieses Themengebiet genauer informieren, da weitere Ausführungen den Rahmen der Arbeit sprengen würden.

Die Entwicklung in England in den Jahren 1970-1990

Ab Ende der 70er Jahre beschäftigt sich das NHS (National Health Services) in England mit den Auswirkungen des wettbewerbgeprägten Gesundheitswesens und fokussiert dabei auch das Thema Patientenzufriedenheit. Dies mündet in Erklärungen zu „Public Participation in Health“ 1984, die auch die Manager des staatlichen englischen Gesundheitswesens unterstützen (Abramowitz, Cote, & Berry, 1987) (L. Jones, Leneman, & MacLean, 1987) (Shirley McIver, 1991a) (Sitzia & Wood, 1997). Die Patientenzufriedenheit rückt damit in den Focus der Manager (Raposo, Alves, & Duarte, 2009). Williams, Coyle et al. (1998) beschreiben, wie man in den 90er Jahren die Patientenmeinung in England auch verstärkt in die Planung von Leistungsangeboten einbezieht.

Die Entwicklung in den USA in den Jahren 1970-1990

Ab Ende der 70er Jahre beschäftigt sich die Forschung zum Thema Patientenzufriedenheit in den USA verstärkt mit dem Einfluss der Organisationsform, über die der Patient die Gesundheitsversorgung erhält. In Amerika entstehen Health Managing Organizations (HMO), die eine Krankenversicherung darstellen und erstmals einer breiten Schicht den Zugang zu einer Krankenversicherung ermöglichen. Anfängliche Erwartungen, dass die Zufriedenheit der HMO Patienten höher sei, als der nicht HMO Patienten, lassen sich jedoch nicht bestätigen (Di Palo, 1997). Dies hängt wahrscheinlich damit zusammen, dass der Patient nur innerhalb eines begrenzten Angebots an Leistungserbringern auswählen kann. Die Entstehung der HMOs führt zu Wettbewerb und damit zu einer zunehmenden Bedeutung der Patientenbefragung unter Marketingaspekten (Cleary & McNeil, 1988). Abramowitz, Cote et al. (1987) fassen für

die Vereinigten Staaten die Entwicklung zusammen: “Over the past 20 years in which this research has been conducted, the focus has shifted from a major concern for quality assurance to a desire to gather information for marketing and administrative purposes” S. 122.

Kritik an der Umwandlung des Patienten zum Kunden

Die Transformation des Patienten zum Kunden ruft vielfältige Kritik hervor, die an dieser Stelle kurz skizziert wird.

Linder-Pelz (1982) kritisiert, dass weder die Kundenzufriedenheitsforschung noch die Konsumentenzufriedenheitsforschung die theoretischen Grundlagen für eine umfassende Patientenzufriedenheitstheorie schaffen, da ihnen selbst eine fundierte Theorie fehlt. Eine löbliche Ausnahme stellt die „theory of revealed preference“ dar (Scitovsky, 1976), doch auch diesen Ansatz kritisiert sie als zu oberflächlich.

Fitzpatrick bemängelt, dass die durch das englische NHS angestoßenen Patientenbefragungen ihren Fokus auf die Verwertung der Ergebnisse für den Managementbereich legen und leider oft einen geringeren Fokus auf Wissenschaftlichkeit (R. Fitzpatrick, 1991). Diese Sichtweise ist jedoch zu kurz gedacht, wie auch Hopkins kritisiert, die Konzentration auf Hotelleistungen und Wartezeiten genügt nicht, um die Patientensicht komplett zu erfassen (Hopkins, 1990) S. 56, eine Meinung, der sich Williams anschließt:

The original motivation behind satisfaction surveys was to introduce some element of consumerism and accountability to health care; however, though high levels of relatively meaningless expressions of satisfaction an illusion of consumerism is created which seldom does anything but endorse the status quo.” (Brian Williams, 1994) S. 515.

Die Patientenbefragungen täuschen seiner Meinung nach somit nur eine Stärkung der Patientenrechte vor.

Fitzpatrick and Hopkins sind der Meinung, dass die grundsätzlich unterschiedliche Situation von Patienten und Konsumenten es erschwert oder sogar unmöglich macht, die Theorien aus der Konsumentenforschung in die Patientenzufriedenheitsforschung zu übertragen (R.-M. Fitzpatrick & Hopkins, 1983).

Williams hinterfragt auch die Grundannahmen der Konsumentenforschung, die seiner Meinung nach für die meisten Patienten nicht zutreffen:

- Konsumenten haben eine Meinung/ Erwartung.
- Der Konsument glaubt an die Legitimation seiner Meinung.
- Der Konsument ist bereit diese Meinung zu äußern.

Diese Annahmen widersprechen in vielen Punkten der Beobachtung vom passiven Patienten, der im hohem Alter auf neue Behandlungsformen trifft und nicht in der Lage ist, seine Meinung selbstbewusst zu äußern (Brian Williams, 1994) S. 513 f.

Andere Autoren haben festgestellt, dass Patienten oft gar keine Kunden sein wollen, sondern eine vertrauensvolle Beziehung zum Arzt bevorzugen würden (Lewis, 1994) (L. M. Jones, 1989) (Lupton, Donaldson, & Lloyd, 1991).

4.1.3 Patientenbefragungen ab dem Jahre 1990

Die Patientenzufriedenheitsforschung in den 90er Jahren versucht den aktuellen Status des Gesundheitssystems zu bestimmen und Veränderungen desselben zu erfassen. Patientenbefragung entwickelt sich in diesem Zusammenhang in verschiedenen Bereichen zu einem Standardverfahren:

As a result of the consumer movement and the call for accountability, health services research in the 1990s is driven by the need to measure the current state of health care and demonstrate improvement. (...) Satisfaction has been adopted in the two most prominent national efforts to standardize measurement across health plans – NCQA (*Anmerkung des Autors: The National Committee for Quality Assurance*) and FACCT (*Anmerkung des Autors: The Foundation for Accountability*). (Di Palo, 1997) S. 425. Auch Schweden startet in dieser Zeit ein großes Projekt für ca. 1 Millionen DM, um einen Fragebogen zu validieren (Arnetz & Arnetz, 1996). In den

USA bündelt man 1995 erste Bemühungen, um einen übergreifenden Patientenfragebogen zu entwickeln. Doch erst ab dem Jahre 2002 zeigen sich deutliche Ergebnisse. Der Sammlung von Fragen folgt die Zusammenstellung in dem Fragebogen „HCAHPS“ (Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems) nach einer intensiven Pre- Testung. In den nachfolgenden Jahren entwickelt man diesen Fragebogen systematisch weiter, er ist inzwischen ein allgemein anerkannter und weit verbreiteter Fragebogen (Centers for Medicare and Medicare Services CMS, 2009) S. 5 ff. Im März 2009 publizieren 3711 Krankenhäuser in den USA die Ergebnisse dieses Fragebogens (Centers for Medicare and Medicare Services CMS, 2009a). Bei etwas über 5700 Krankenhäusern in den USA ist dies eine ganz erstaunliche Teilnahmequote (Association, 2009). Er ist inzwischen so erfolgreich, dass es Studien gibt, die sich mit der Überführung der Werte des weithin genutzten Picker-Fragebogens in CAHPS- Werte beschäftigen (Quigley, Elliott, Hays, Klein, & Farley, 2008). Inzwischen setzt man diesen Fragebogen auch in Europa ein (Arah, et al., 2006).

Die Bemühungen nationale, valide Fragebögen zu entwickeln werden auch deshalb von der Politik unterstützt, weil die Ergebnisse der Patientenbefragungen für sie oft die Hauptfeedbackquelle zur Beurteilung des Gesundheitssystems darstellen (Bikker & Thompson, 2006).

Die aktuelle Entwicklung geht in Richtung des Aufbaus von „Itembanks“, mittels derer man computeradaptiertes Testen durchführen kann, da die wesentlichen Kennzahlen und die Validität der Fragen in der Itembank hinterlegt sind. Die Forschung im Bereich der gesundheitsbezogenen Lebenszufriedenheitsmessung forciert diese Richtung besonders (Kopec, et al., 2006) (Reeve, et al., 2007) (Rose, Bjomer, Becker, Fries, & Ware, 2008).

Die Entwicklung in Deutschland

Die Geschichte der systematischen Patientenbefragungen ist in Deutschland noch vergleichsweise jung. Abgesehen von der ersten wissenschaftlich fundierten Studie aus den 90er Jahren, durchgeführt im Bezirk Cottbus (K. Blum, et al., 2001) S. 25, und einigen sich dem Themenbereich annähernden Studien in westdeutschen Kliniken

(Erzberger, Derivaux, & Ruhrstrat, 1989) (Schmidt, Lamprecht, & Wittmann, 1989) beginnt die Geschichte der kontinuierlichen Patientenzufriedenheitsbefragung und -forschung hierzulande erst in den 90-er Jahren mit der Studie von Straub, Arnold et al. (1997), sowie der Untersuchung an Münchens Städtischen Krankenhäusern (Hanel & Satzinger, 1995).

Blum et al. berichten:

Diese Unternehmungen stießen damals beim Klinikpersonal, zumal beim ärztlichen, noch auf erhebliche Skepsis oder gar offene Ablehnung: Was denn mit solchen unvermeidlich höchst „subjektiven“ Äußerungen von Menschen, die doch medizinische Laien seien und sich, noch dazu, meist in einer Situation erheblich verminderter Lebens- und Urteilskraft befänden, überhaupt anzufangen sei im Sinne einer Reflexion des „objektiven“ Geschehens auf Station und gar einer Überprüfung der Qualität klinischer Behandlung und Betreuung? (K. Blum, et al., 2001) S. 25.

In gewisser Weise ist diese Skepsis auch nachvollziehbar, denn im Selbstbild und Fremdbild bescheinigt man den Krankenhäusern eine gute Leistung (Clade, 1989) (Frings, Kranzdorf, & Schelhoff, 1994).

Die Politik protegiert 1999 das Thema Patientenbefragung. So beschließt die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) der 16 Bundesländer auf ihrer Tagung am 09.10.1999 in Trier in dem Kommuniké „Ziele für eine einheitliche Qualitätsstrategie im deutschen Gesundheitswesen“ im Abschnitt „Konsequente Patientenorientierung“ folgendes: „Von allen Einrichtungen des Gesundheitswesens sind regelmäßig Patientenbefragungen durchzuführen.“ (Satzinger, et al., 2001) S.14. Zur Begründung heißt es:

Patientenbefragungen sind ein wesentliches Instrument des internen Qualitätsmanagements. Darüber hinaus können Patientenbefragungen aber auch für eine vergleichende Evaluation gesundheitlicher Dienstleistungen genutzt werden. Diese hat bisher in der Bundesrepublik Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern einen geringen Stellenwert. Eine Konsequenz davon ist, dass Erwartungen, Bedürfnisse und Erfahrungen von Patienten derzeit bei der

Strukturierung der Versorgungsabläufe in den Einrichtungen selbst nicht ausreichend berücksichtigt werden können. Damit fehlt ein wesentliches Element für eine patientenorientierte Leistungserbringung und Optimierung der Versorgungsprozesse. (Satzinger, et al., 2001) S. 14.

Die Anfänge der systematischen Auseinandersetzung mit den methodischen Fragestellungen der Patientenbefragung beginnt im Herbst 1995. Zu diesem Zeitpunkt entsteht auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) unter Leitung von Walter Satzinger und Heiner Raspe ein Arbeitskreis, der sich mit der Methodik von Patientenbefragungen in stationären Einrichtungen befasst und formell seine Arbeit im Dezember 1995 aufnimmt. Bald darauf erhält dieser Arbeitskreis vom Verband der Angestellten- und Arbeiter-Ersatzkassen (VdAK) Unterstützung und somit auch einen offiziellen Charakter (Satzinger, et al., 2001) S. 14.

Inzwischen hat die Bertelsmannstiftung erste Versuche unternommen einen deutschsprachigen Patientenfragebogen zu entwickeln, doch die methodischen Standards liegen immer noch weit unter dem, was im englischsprachigen Raum üblich ist (Gehrlach, Altenhöner, & Schwappach, 2009).

Fazit

Die Wurzeln der Patientenzufriedenheitsforschung liegen in der Soziologie, die sich ab den 50er Jahren mit dem Gesundheitsbereich beschäftigt. Die Weiterentwicklung erfolgt dann in zwei Strängen, wobei einer in Richtung der Compliance- Forschung geht und der andere die Sichtweisen und Erkenntnisse der Kundenzufriedenheitsforschung zu integrieren versucht. Letzterer Ansatz ruft heftige Kritik an der Gleichsetzung von Patienten und Kunden hervor. In den 90er Jahren verlagert sich der Schwerpunkt der Patientenzufriedenheitsmessung in Richtung der Evaluation ganzer Gesundheitssysteme. In Deutschland ist dies auch der Zeitpunkt, zu dem die systematische Auseinandersetzung mit dem Themengebiet beginnt. Im englischsprachigen Raum beginnt die Entwicklung und Validierung von Fragebögen die nationale und internationale Vergleiche der Patientenzufriedenheit ermöglichen.

Bezug zur empirischen Fragestellung:

Die Themenschwerpunkte der Patientenzufriedenheitsforschung sind wesentlich durch gesellschaftspolitische Veränderungen beeinflusst. Aktuell liegt der Fokus auf der Evaluation ganzer Gesundheitssysteme und Teilaspekte der Gesundheitsversorgung. Diese kann aber nur erfolgen, wenn Patientenzufriedenheitsmessungen bereinigt sind um personengebundene Einflussfaktoren. Nur wenn zwischen den individuellen, durch die Leistungserbringer nicht beeinflussbaren Faktoren und der institutionellen Einflussebene unterschieden werden kann, ist eine echte Beurteilung der Einrichtungsleistung möglich. Die Klärung der Fragestellung, ob und welche personengebundenen Einflussfaktoren das Urteil der Patienten beeinflussen, bekommt somit eine besondere Gewichtung.

4.2 Definition der Patientenzufriedenheit

Von den vielfältigen Definitionen der Patientenzufriedenheit sind hier einige exemplarisch zitiert:

Linder-Pelz (1982) definiert Patientenzufriedenheit folgendermaßen: “Summarizing so far, we define patient satisfaction as positive evaluations of distinct dimensions of the health care. “ (S. 578).

In Pascoes Worten ist Patientenzufriedenheit:

Patient satisfaction is defined as a health care recipient's reaction to salient aspects of the context, process, and result of their service experience. This view characterizes patient satisfaction as an evaluation of directly-received service. The evaluation is seen as a comparison of salient characteristics of the individual's health care experience to a subjective standard. S. 189 (Pascoe, 1983b).

Cleary and McNeil schließen sich der Definition von Pascoe (1983b) an und betonen, dass Patientenzufriedenheit nicht nur eine kognitive Bewertung beinhaltet, sondern auch eine gefühlsmäßige Reaktion auf alle drei Aspekte der Qualität darstellt. Sie unterscheiden dabei zwischen den subjektiven Bewertungen und Reaktionen und den

objektiven Erlebnissen, über die Patienten berichten: “In his formulation, satisfaction is assumed to consist of a cognitive evaluation and an emotional reaction to the structure, process, and outcome of services. This type of evaluation differs from patients' reports about objective characteristics of their care“ (Cleary & McNeil, 1988) S. 26.

Fazit

Patientenzufriedenheit definiert sich als Ergebnis des Abgleichs zwischen Erwartung und subjektivem Erleben der Situation. Es wird davon ausgegangen, dass verschiedene Aspekte der Patientenversorgung unabhängig voneinander durch den Patienten beurteilt werden und sein Urteil eine Art Ergebnismessung darstellt. Die Überschneidungen mit den Definitionen der allgemeinen Zufriedenheit sind offensichtlich.

Bezug zur empirischen Fragestellung:

Auch die Definitionen der Patientenzufriedenheit beinhalten als wesentlichen personengebundenen Aspekt die Erwartungen.

4.3 Theorie der Patientenzufriedenheit

Verschiedene Autoren bemängeln, dass der Patientenzufriedenheitsforschung der theoretische Unterbau fehlt. So kritisieren bereits 1976 Ware, Snyder et al. das Fehlen einer Theorie zur Patientenzufriedenheit (J. E. Ware, Snyder, & Wright, 1976) zitiert nach (Susie Linder-Pelz, 1982). Locker and Dunt (1978) schließen sich dieser Kritik an: "little attention has been directed towards developing a well-defined sociopsychological theory of satisfaction" S. 288. Di Palo spricht von zahlreichen Studien, in denen Patientenzufriedenheit quantifiziert wird, doch nur wenige Studien versuchen eine Theorie zur Patientenzufriedenheit zu erzeugen: "Quantifying satisfaction, through standardized surveys, has been more important than qualifying satisfaction by establishing explicit definitions. Theories of patient satisfaction are rare." (Di Palo, 1997), eine Meinung, die auch andere Autoren teilen (Susie Linder-Pelz, 1982) (R. Fitzpatrick, 1991) (Aharony & Strasser, 1993) (Sitziä & Wood, 1997).

Im Umgang mit diesem Manko unterscheidet Williams (1994) zwischen zwei Forschertypen:

1. Diejenigen, die davon ausgehen, dass mit dem simplen Ankreuzen von Zufriedenheit oder Unzufriedenheit auf einem Fragebogen alle Probleme gelöst seien.
2. Die anderen, die sich der methodischen und konzeptuellen Probleme bewusst sind.

Er fordert verstärkte Forschung in Richtung der Entstehung der Patientenzufriedenheit.

Trotz dieser breit aufgestellten Kritik gibt es unterschiedliche Modelle zur Entstehung der Patientenzufriedenheit, welche die meisten Studien, wenn auch nur implizit, machen. Es folgt eine kurze Darstellung der gängigsten Theorien, um unnötige Wiederholungen zu vermeiden, gibt es im Bedarfsfall Verweise auf die vorherigen Kapitel.

4.3.1 Diskrepanztheoretische Modelle

Beim diskrepanztheoretischen Modell vergleicht man die erwartete Leistung mit der wahrgenommenen Leistung und bildet aus der Differenz ein Urteil. Im Bereich der allgemeinen Zufriedenheitsforschung entspricht dies dem Dis-Confirmation-Modell (vergleiche Kapitel 3.4.2). Die Diskrepanztheorie ist das in der Patientenzufriedenheitsforschung am häufigsten implizit und explizit genutzte Modell zur Entstehung der Zufriedenheit (Cartwright, 1964) (Korsch, Gozzi, & Francis, 1968) (Stimson & Webb, 1975) (Tessler & Mechanic, 1975) (D.-E. Larsen & Rootman, 1976) (Pope, 1978) (Greene, Weinberger, & Mamlin, 1980) (Fox & Storms, 1981) (Susie Linder-Pelz, 1982) (Zastowney, Roghmann, & Hengst, 1983) (Brian Williams, 1994) (Sitzia & Wood, 1997).

4.3.1.1 Fulfilment theory

Die fulfilment theory ist nach Williams (1994) eine Unterform der Diskrepanztheorie. Bei ihr definiert sich die Erwartung durch die gewünschte Situation. Zufriedenheit ist damit das Ergebnis des Vergleichsprozesses zwischen dem gewünschten und dem, was man erlebt hat (Noyes, Levy, Chase, & Udry, 1974) (Larson & Rootman, 1976). Die empirischen Befunde sind ernüchternd, es gibt für die fulfilment theory keine Bestätigung (Brian Williams, 1994).

4.3.1.2 Relative deprivation theory

Ein weiteres theoretisches Modell aus der Zufriedenheitsforschung ist die relative deprivation theory von Merton (1968), die auf der Arbeit von (Stouffer, 1949) basiert, die sich mit Situationen der Unzufriedenheit beschäftigt, obwohl objektiv dazu kein Anlass wäre, zitiert nach (Susie Linder-Pelz, 1982). Die Ausführungen von Williams (1975) machen deutlich, dass die Unterschiede zwischen der relative deprivation theory und der discrepancy theory marginal sind.

4.3.2 „Erwartung mal Wert“ Modelle

Die „Erwartung mal Wert“ Modelle sind psychologische Modelle, welche die Motivation/ Wahrscheinlichkeit, ein bestimmtes Verhalten auszuführen, erklären. Die Motivation und Wahrscheinlichkeit ein bestimmtes Verhalten zu zeigen, ergibt sich aus dem Produkt vom Wert der Verhaltenskonsequenz und der subjektiven Erwartung mit dem Verhalten die erwünschte Konsequenz zu erreichen. Die „Erwartung mal Wert“ Modelle wurden für die Theoriebildung im Bereich der Patientenzufriedenheit adaptiert (Pascoe, 1983b) (Stephen Strasser, Aharony, & Greenberger, 1993). Bei den „Erwartung mal Wert“ Modellen wird die Erwartung der Patienten bezüglich eines Themengebietes/ Ereignisses mit der Bedeutung des Themengebietes multipliziert, um somit auf deren Einstellung zu schließen (Susie Linder-Pelz, 1982).

4.3.2.1 Das Modell von Linder- Pelz

Linder- Pelz ist eine der wenigen Forscherinnen, die sich nicht nur um ein theoretisches Fundament gekümmert hat, sondern die auch eine empirische Testung der aus den theoretischen Annahmen abgeleiteten Hypothesen durchführt.

Sie definiert grundsätzlich fünf unabhängige Variablen, die auf die Patientenzufriedenheit einwirken können:

1. Expectations (perception) – erwartetes Ergebnis
2. Value (attitude) – Bewertung im Sinne gut oder schlecht
3. Entitlement (perception) – berechtigter Anspruch
4. Occurrences (perception)- wahrgenommene Situation/ Leistung
5. Interpersonal comparison (perception) – sozialer Vergleichsprozess

Linder-Pelz (1982) Theorie basiert auf den Arbeiten von Fishbein and Ajzen (1975), die aus ihrer Sicht die umfassendste theoretische Arbeit zur Zufriedenheitsentstehung geleistet haben, auch wenn deren Schwerpunkt in der Arbeitszufriedenheitsforschung liegt. Sie konzentrieren sich bei ihren Forschungen auf das Konzept von

- „**attitudes**“ (innere Haltungen)
Attitudes sind für sie mit Gefühlen und emotionalen Einstellungen verbunden und
- „**perceptions**“ (Wahrnehmungen)
Perceptions stehen in diesem Modell mit „**beliefs**“ (gedanklichen Überzeugungen) in Verbindung.

Fishbein and Ajzen (1975) nutzen die „expectancy-value“ Theorien als Erklärung für die Verbindung von beliefs und attitudes. Diese gehen davon aus, dass beliefs und evaluations (Bewertungen der realen Erfahrungen) die Bestimmungsfaktoren für die attitudes sind.

Sie formulieren den Zusammenhang zwischen beliefs (b), evaluation (e) und attitude folgendermaßen:

$$\text{attitude} = \sum_{i=1} B_i E_i$$

Gleichung 2 Modell nach Fishbein and Ajzen (1975)

Diese zentrale Formel von Fishbein und Ajzen implementiert Linder-Pelz (1982) in ihrer Patientenzufriedenheitstheorie.

Sie formuliert sechs Hypothesen:

1. Zufriedenheit ist verbunden mit der Summe des Produktes aus „beliefs“ und „evaluations“.
2. Zufriedenheit steigt, wenn die wahrgenommene Situation mit der erwarteten übereinstimmt.
3. Zufriedenheit hängt zusammen mit der erlebten Leistung minus der erwarteten Leistung geteilt durch die erwartete Leistung.
4. Wenn die wahrgenommene mit der erwarteten Situation übereinstimmt, steigt Zufriedenheit nur, wenn ein Bewertungsprozess stattfindet.
5. Hohe Erwartungen und positiv wahrgenommene Leistung erzielen die höchste Zufriedenheit und hohe Erwartungen und negativ wahrgenommen Leistung erzielen die niedrigste Zufriedenheit.
6. Die Zufriedenheit wird höher sein, wenn die wahrgenommene Leistung höher ist als die der sozialen Vergleichsgruppe.

Sie testet ihre Hypothesen an 125 Patienten mittels eines selbst entwickelten Fragebogens, doch sie kann für ihre Theorie keinen empirischen Beweis finden. Sie formuliert es so: „However, there was no support at all for that theory“ S. 587.

4.3.3 Das Modell von Larrabee

Larrabee, Engle et al. testen ein Modell, welches sie 1992 entwickeln (J.H. Larrabee, 1992). Sie gehen in ihrem Modell von vier interaktiven Elementen der Qualität aus:

1. Werte /Erwartungen (value)
2. Mildtätigkeit/ Güte (beneficence)
3. Besonnenheit und Umsicht (prudence)
4. Gerechtigkeit (justice)

Diese vier Aspekte sollen als Prädiktoren für die Patientenzufriedenheit mit der gesamten pflegerischen Leistung dienen. Larrabee, Engle et al. konzentrieren sich in ihrer Studie (1995) auf den Aspekt Werte /Erwartungen (value) als unabhängige Variable für die Patientenzufriedenheit. Das Modell kann bezüglich des ersten Teilaspektes bestätigt werden, es zeigt sich, dass das Erfüllen der persönlichen Erwartungen der Patienten der wesentliche Prädiktor für die Patientenzufriedenheit ist.

4.3.4 Modelle des sozialen Vergleichs

Verschiedene Konzepte aus der Soziologie oder der Sozialpsychologie beschäftigen sich mit dem Einfluss von anderen Menschen und Gruppen auf die Zufriedenheitsäußerungen einzelner Personen. Doch diese Theorien finden kaum Eingang in die Patientenzufriedenheitsforschungen. Zwei Ansätze, die sich dabei auch mit der Situation der Patienten beschäftigen, sind hier aufgelistet:

1. Bereits 1954 befassen sich Parsons and Shils mit dem Einfluss des sozialen Vergleiches der eigenen Situation mit der einer Peergruppe auf die Patientenzufriedenheit (T. Parsons & Shils, 1951) S. 346 ff und S. 467 ff.
2. Lawler beschreibt mit seiner equity theory die Balance zwischen Input und Output, wobei er die Bedeutung des sozialen Vergleichs beim Bewertungsprozess durch die Patienten betont (Lawler, 1973) S. 117 ff.

4.3.5 Das Modell von Fox und Storm

Fox und Storm (1981) entwickeln ein Modell, mit dem sich die unterschiedlichen Ergebnisse bezüglich des Einflusses von soziodemografischen Variablen eventuell erklären lassen. Im Zentrum stehen dabei zwei Konstrukte:

- die Erwartung, Einstellung oder Anschauung der Patienten bezüglich der gesundheitlichen Versorgung
- die erlebte, gesundheitliche Versorgung in Form der Ausrichtung und den Angeboten der Krankenversicherung

Stimmen beide Aspekte überein, so entsteht Zufriedenheit, andernfalls Unzufriedenheit.

Dieses Modell basiert auf den Überlegungen von Suchman und Geertsen (Suchman, 1964) (Geertsen, Klauber, Rindflesh, Kane, & Gary, 1975).

In ihrem Modell gehen Fox und Storm davon aus, dass sowohl die Patientenerwartungen als auch die Angebote der Krankenversicherung uniform oder differenziert sein können.

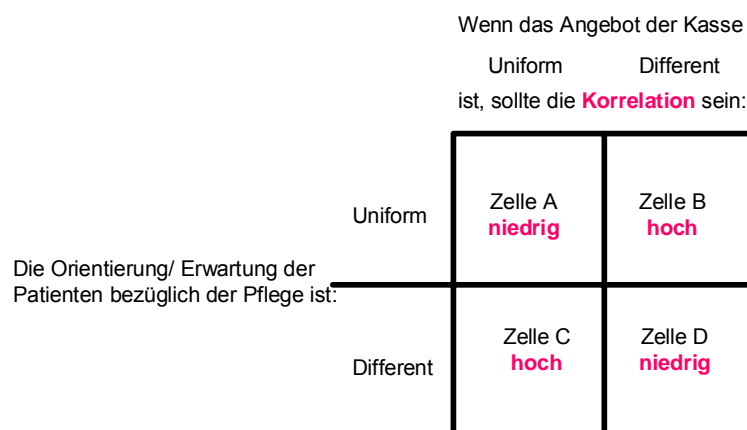


Abbildung 14 Modell nach Fox und Storm (1981)

Der Einfluss von soziodemografischen Faktoren ist in Zelle A gering; in Zelle B erwarten die Autoren höhere Korrelationen. In Zelle C erwarten sie sehr hohe Korrelationen und in Zelle D Nullkorrelationen. Die empirische Überprüfung des Modells gelingt und sie stellen fest, dass vor allem Alter und Geschlecht signifikante

Korrelationen hervorbringen (Je älter ein Patient ist, um so zufriedener ist er. Frauen sind zufriedener als Männer). Der Anteil der erklärten Varianz liegt jedoch nur bei 8,2% und die Signifikanz entsteht durch die hohen Fallzahlen, mit denen sie arbeiten (2582 Patienten).

4.3.6 Coping Modelle

Coping (von englisch: to cope with = "bewältigen", "überwinden") bezeichnet die Art des Umgangs mit einem als schwierig empfundenen Lebensereignis. Es geht um Bewältigungsstrategien, mit denen man dieses problematische Lebensereignis anpackt. Im medizinischen Sinn bezeichnet Coping das Bewältigungsverhalten von Menschen mit Krankheiten und Behinderungen. Patientenzufriedenheit ist mit den Copingfähigkeiten der Patienten verbunden, so neigen informationssuchende Personen zu einer größeren Unzufriedenheit bezüglich der erhaltenen Informationen, die sie bekommen. Patienten, die mit den Informationen zufriedener sind, haben eher einen Copingstil, der mit der Negierung von Informationen verbunden ist. Diese Studie führt man bei Krebspatienten durch, bei denen eine besondere Sensibilität bezüglich der erhaltenen Informationen besteht (Steptoe, Sutcliff, Allen, & Coombs, 1991).

4.3.7 Das Modell von Swan

(J. Swan, 1985) entwickelt ein Modell zur Patientenzufriedenheit, dass vier wesentliche Elemente enthält:

1. perceptions of performance
2. confirmation of expectations concerning performance and perceptions of equitable treatment
3. overall satisfaction
4. intentions to either revisit or avoid the hospital in the future.

Er nimmt an, dass die einzelnen Elemente folgendermaßen aufeinander einwirken:

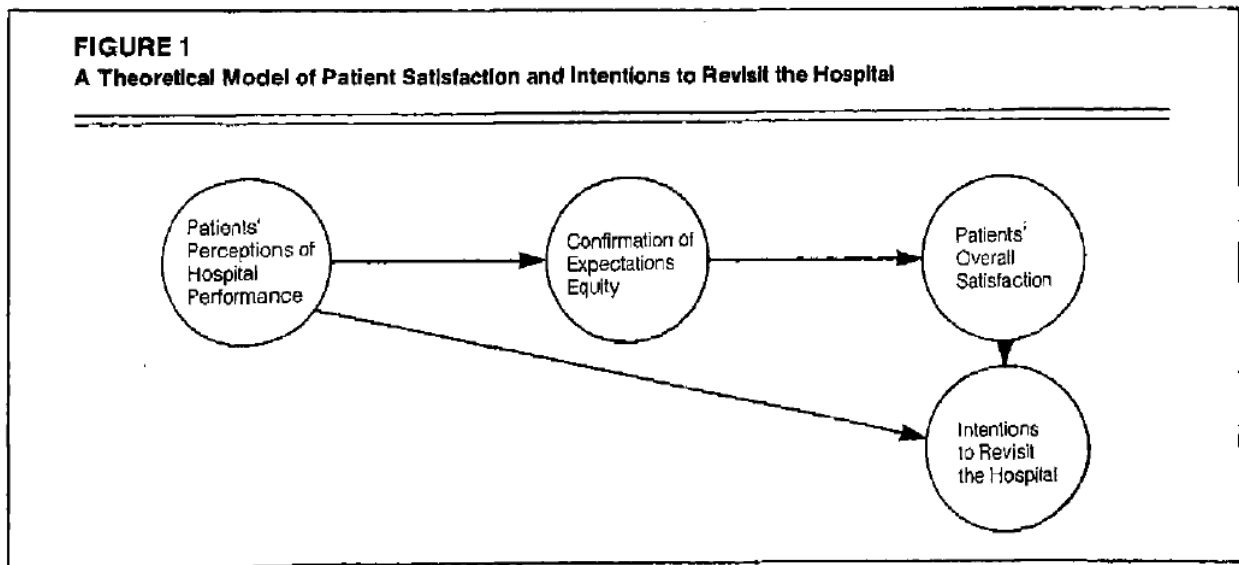


Abbildung 15 Modell der Patientenzufriedenheit nach Swan (1985) S. 9

Der Patient nimmt auf subjektive Weise die Leistungsfähigkeit des Krankenhauses wahr. Dies hat einen direkten Einfluss auf die Bereitschaft im Bedarfsfall wieder die Angebote des Krankenhauses wahrzunehmen. Andererseits bewirkt die Wahrnehmung des Patienten, dass man seine Erwartungen erfüllt oder eben nicht erfüllt. Dies führt wiederum zu einer (Un-) Zufriedenheit, die sich ihrerseits wieder auf die Bereitschaft im Bedarfsfall nochmals die Angebote des Krankenhauses wahrzunehmen, auswirkt.

Mittels einer Pfadanalyse mit LISREL kann er seine Annahmen bestätigen.

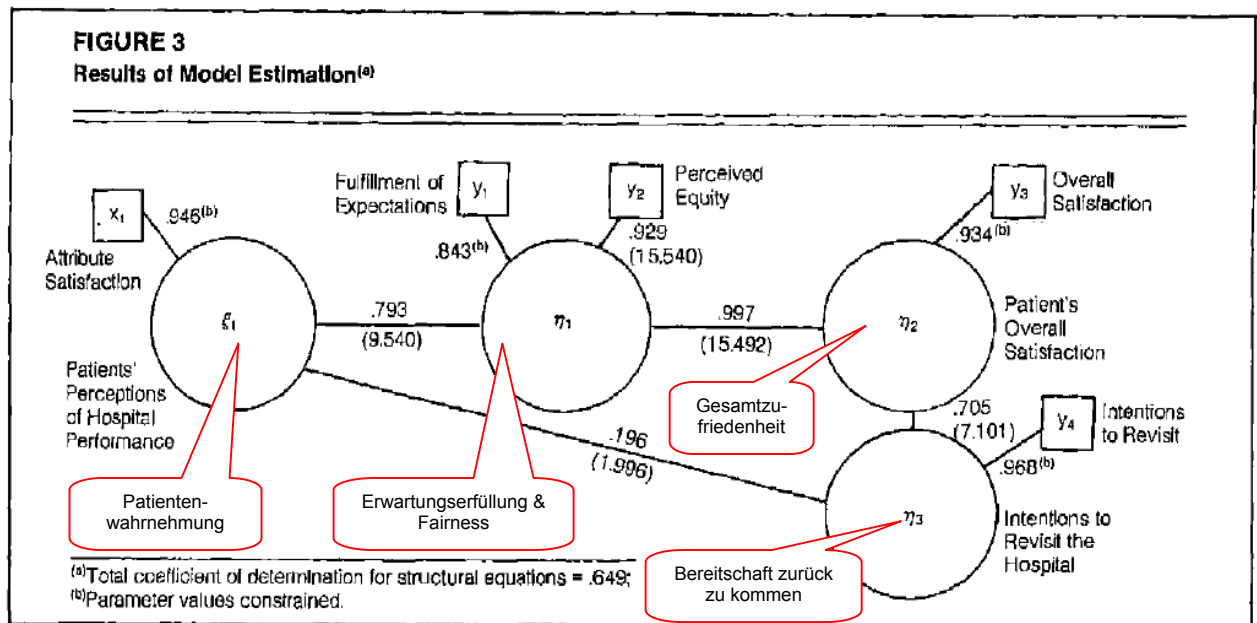


Abbildung 16 Ergebnisse des Pfadmodells modifiziert nach Swan (1985) S. 15

Doch in die Studie gehen nur 184 Patientenfragebögen eines Kleinstadtkrankenhauses ein, was die Generalisierbarkeit des Modells in Frage stellt.

4.3.8 Der Ansatz von Abramowitz - empirisches Modell

Von den theoretisch entwickelten Modellen sind die empirisch entwickelten Modelle deutlich abzugrenzen, da dies nicht dem klassischen Vorgehen entspricht, bei dem zuerst eine Theorie entwickelt wird, die man dann einer empirischen Prüfung unterzieht. Abramowitz, Cote et al. (1987) entwickeln ein solches Modell. Sie befragen mittels Telefoninterview Patienten, inwieweit sie verschiedene Aspekte der Versorgung besser oder schlechter erlebt haben, als sie dies erwartet haben. Das Ergebnis der Untersuchung mündet in diesem empirischen Modell:

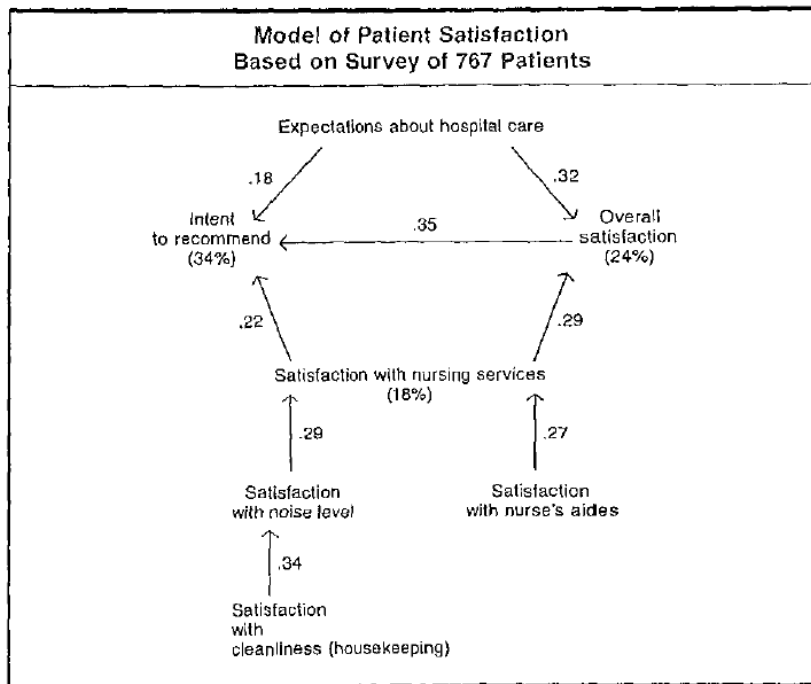


Figure 2. Path model of relationship between satisfaction with various hospital services and patient expectations with the outcome variables: overall satisfaction with the hospital stay and intent to recommend the hospital. Path coefficients on the arrows between variables are standardized regression B coefficients representing the relative strength of direct pathways between variables. The figures in parentheses represent the percentages of variance explained by the predictor variables.

Abbildung 17 Pfadmodell der Patientenzufriedenheit (Abramowitz, et al., 1987) S. 129

Abramowitz, Cote et al. finden drei Einflussfaktoren, welche die Bereitschaft im Bedarfsfall wieder die Angebote des Krankenhauses wahrzunehmen, beeinflussen:

1. Erwartungen bezüglich der pflegerischen Versorgung im Krankenhaus
2. Gesamtzufriedenheit
3. Zufriedenheit mit der pflegerischen Versorgung

Es zeigt sich, dass die Faktoren 1 und 3 auch auf die Gesamtzufriedenheit wirken und die Zufriedenheit mit der pflegerischen Versorgung durch den Lärmpegel, die Sauberkeit und die Unterstützung durch die Pflegekräfte beeinflusst wird.

Fazit

Die dominierende implizite oder explizit verwendete Theorie zur Patientenzufriedenheit ist die Diskrepanztheorie, die dem Dis-Confirmation Modell der allgemeinen Zufriedenheitsforschung entspricht. Auch der Patientenzufriedenheit fehlt ein zentrales Theoriegebäude und oftmals wird auf die Testung der theoretischen Annahmen verzichtet. Eine löbliche Ausnahme stellt hier die Theorie von Linder-Pelz dar, die sich aber empirisch nicht belegen lässt.

Bezug zur empirischen Fragestellung:

Alle Modelle, außer das Coping Modell, beinhalten die Erwartungen der Patienten. Dies bedeutet, dass auch die Theorien zur Entstehung von Patientenzufriedenheit die Soll-Komponente als den zentralen personengebundenen Einflussfaktor auf die Patientenzufriedenheit identifizieren und eine Studie diesen Aspekt zwingend integrieren muss.

4.4 Patientenzufriedenheit als zusammengesetztes Konstrukt

Pascoe and Attkisson kritisieren bereits 1983 Kurzfragebögen, die nur ein undifferenziertes Bild der Wirklichkeit geben würden:

Previously, many measures of satisfaction that refer to a particular program ask a few broad questions and consequently fail to represent the full range of satisfaction dimensions. In contrast a focus on assessment of more specific health care settings and experiences seems necessary for purpose of program evaluation and program planning (1983) S. 337.

Die grundsätzliche Frage nach der Dimensionalität des Konstruktes Patientenzufriedenheit wird von unterschiedlichen Autoren untersucht, wobei man inzwischen eindeutig von der Mehrdimensionalität ausgeht (Susie Linder-Pelz, 1982) (R. Fitzpatrick, 1984) (Cleary & McNeil, 1988) (Rubin, 1990) (Sitzia & Wood, 1997). Sie debattieren aber sehr wohl darüber, in welche Faktoren sich die Patientenzufriedenheit aufgliedert.

An dieser Stelle werden nur die wichtigsten Kategoriensysteme dargestellt. Der interessierte Leser kann sich bei Ware, Davies-Avery et al. (1978), Pascoe and Attkisson (1983), Fitzpatrick (1991) Larrabee, Engle et al (1995) einen vertiefenden Einblick verschaffen.

4.4.1 Hall (1988)

Hall (1988a) findet in seiner Metaanalyse, in der er insgesamt 221 Studien berücksichtigt, 12 relevante Dimensionen der Zufriedenheit der Patienten (in Klammern findet sich die Häufigkeit der Nennungen dieses Themengebietes):

1. Menschlichkeit (65)
2. Informationen (50)
3. Gesamtqualität (45)
4. Kompetenz (43)
5. Gesamtzufriedenheit (43)
6. Administration (28)
7. Zugang (27)
8. Kosten(18)
9. Räumlichkeit (16)
10. Ergebnis (6)
11. Kontinuität der Behandlung(4)
12. Berücksichtigung psychosozialer Probleme (3)

4.4.2 Santuzzi, Brodnik et al. (2009)

Santuzzi, Brodnik et al. ermitteln in ihrer qualitativ angelegten Studie folgende zehn Dimensionen:

Tabelle 1

Dimensionen der Patientenzufriedenheit nach Santuzzi, Brodnik et al. (2009)

Admission	Aufnahme
Room	Patientenzimmer
Meals	Essen
Nurses	Pflege
Tests and treatments	Diagnose und Behandlungen
Visitors and family	Besucher und Angehörige
Physician	Arzt
Discharge	Entlassung
Personal issues	Personal
Overall assessment	Gesamtbewertung

Fazit

Patientenzufriedenheit wird als mehrdimensionales Konstrukt angesehen, das mindestens folgende Dimensionen enthält:

- Zwischenmenschliche Beziehung
- Diagnostische Kompetenz der Leistungserbringer
- Zugang/ Verfügbarkeit der Behandlung
- Kosten der Behandlung
- Räumliche Situation
- Kontinuität der Versorgung
- Ergebnisbeurteilung

Umfassendere Ansätze fügen noch folgende Aspekte hinzu:

- Informationen
- Differenzierung von ärztlicher und pflegerischer Leistung
- Gesamtzufriedenheit
- Gesamtqualität
- Administration
- Berücksichtigung psychosozialer Probleme

Bezug zur empirischen Fragestellung:

Bei dieser Studie sollte neben dem Einfluss von personengebundenen Faktoren auf die Gesamtzufriedenheit auch die möglicherweise notwendige Adjustierung der Unterthemengebiete untersucht werden.

5 Patientenzufriedenheitsmessung

Mit dieser Studie soll die Frage geklärt werden, ob personengebundene Faktoren einen Einfluss auf die gemessene Zufriedenheit stationärer Patienten haben. Die Messbarkeit der Patientenzufriedenheit ist jedoch nicht unumstritten. Einige Autoren bezweifeln grundsätzlich, die Validität von Patientenzufriedenheitsmessungen. Auch muss die besondere Situation der stationären Patienten Berücksichtigung finden, die sich in einer existenziellen Abhängigkeit von Leistungserbringern befinden, was deren Urteilsfähigkeit potentiell beeinflussen kann. Bevor man sich also den personengebundenen Einflussfaktoren zuwendet, wird aus diesem Grund zuerst die Messbarkeit der Patientenzufriedenheit diskutiert. Sowohl der Forschungsstand zu klassischen Gütekriterien, als auch methodische Besonderheiten bei der Patientenbefragung bedürfen der Diskussion. Auch die Frage, ob das Land, in dem die Befragung durchgeführt wird, eine Rolle spielt, muss im Sinne der Generalisierbarkeit der Messergebnisse erörtert werden.

Auch wenn die theoretische Basis der Patientenzufriedenheitsforschung, wie im letzten Kapitel deutlich wurde, vergleichsweise dünn ist, so ist doch die praktische Messung weit verbreitet und aus dem Bereich der Gesundheitsversorgung nicht mehr wegzudenken. Das folgende Kapitel geht, neben den klassischen Fragen nach der Datengewinnung, Validität und Reliabilität, auf die Besonderheiten der Erfassung der Patientenzufriedenheit ein. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der schriftlichen Patientenbefragung.

5.1 Informationsquellen für die Patientenmeinung

Wer Patientenzufriedenheit messen will, muss sich erst über die unterschiedlichen Methoden der Datengewinnung Gedanken machen. Neben den klassischen Methoden, wie Interview, Telefonbefragung und Fragebogen gibt es weitere Möglichkeiten die Meinung der Patienten zu erkunden.

Donabedian nennt folgende Informationsquellen:

- Berichte über Problemfälle
- Patientenerzählungen
- Bestimmung der wahrgenommenen Reputation der eigenen Einrichtung (Imageanalyse)

(Donabedian, 1966)

McIver (1991) zitiert nach (Lewis, 1994) gibt weitere Methoden zur Erfassung von Patientenmeinungen an:

- Kummerkasten: Hier kann der Patient seine Meinung zu Dingen, die ihm missfallen, kund tun. Der Rücklauf ist im Allgemeinen mager, selten kommen selbst in großen Einrichtungen mehr als 20 Kommentare pro Monat.
- Fokusgruppen
In Fokusgruppen treffen sich Patienten, die einer bestimmten Gruppe angehören, wie zum Beispiel Diabetiker, und diskutieren über ihre spezifischen Probleme.
- Videoaufnahmen und Tonaufnahmen

Diese Methoden sind aber in den meisten Einrichtungen des Gesundheitswesens nicht im breiten Stil umsetzbar.

Die Vor- und Nachteile der häufig genutzten Methoden der Patientenzufriedenheitsmessung, wie Interview, Telefonbefragung und Fragebogen werden nun genauer beschrieben.

Patientenzufriedenheitsmessung mittels Interview

Das Interviewverfahren ist eine in der Patientenzufriedenheitsforschung bereits sehr früh eingesetztes Verfahren (Cartwright, 1964).

Fitzpatrick (1991) nennt die Vorteile des Interviewverfahrens:

- Sensitiv gegenüber den individuellen Belangen des Patienten
- Flexibilität bei der Themenwahl
- Erlebnisbericht
- Nachfragen bei Unklarheiten möglich
- Zuverlässiges Erreichen der Probanden
- Gründe für Nichtbeantwortung ermitteln

Er sagt aber auch, dass Interviewverfahren nicht zwangsläufig das Mittel der Wahl sind, um sensitive Informationen von Patienten zu erhalten, ein sorgfältig konstruierter Fragebogen kann hier mindestens ebenbürtig sein (R. Fitzpatrick, 1991).

Es gibt aber auch gravierende Nachteile der Interviewverfahren. Sie produzieren 10% höhere Zufriedenheitswerte als Fragebogenverfahren, bei einer bestehenden Tendenz zu positiven Werten ist das Interview die ungeeignere Methode, um für ein Qualitätsmanagement Daten zu generieren (LeVois, Nguyen, & Attkisson, 1981).

Patientenzufriedenheitsmessung mittels Telefonbefragung

Telefonbefragungen können zu Verzerrungen der Stichprobe führen, einerseits haben nicht alle Menschen ein Telefon, andererseits neigen ältere Menschen dazu, diese Form abzulehnen (Di Palo, 1997) (Cannell, Thornberry, & Fuchsberg, 1982). Zu bedenken ist auch, dass heutzutage die Problematik der verbreiteten Mobilfunknutzung hinzukommt, die zu einer weiteren Verzerrung der Stichprobe führt, weil diese Nummern nicht über das Telefonbuch zu ermitteln sind.

Ein weiterer Nachteil der telefonischen Patientenbefragungen ist, dass im Vergleich zum Interview die Patienten noch mehr sozial erwünschte bzw. noch positivere Antworten geben (Tarnai & Dillman, 1992) (Raymond G. Carey & Seibert, 1993) (M. F. Hall, 1995) (D. A. Dillman, Sangster, Tarnai, & Rockwood, 1996) (Reuband & Blasius, 1996) (Satzinger, 1998) (F. J. Fowler, Gallagher, & Nederend, 1999) (Don A. Dillman,

2000) (Freise, 2003) (de Vries, Elliott, Hepner, Keller, & Hays, 2005) (Centers for Medicare and Medicare Services CMS, 2009b).

Walker and Restuccia (1984) und Hall (1995) können aufzeigen, dass telefonisch befragte Patienten deutlich positiver antworten, als schriftlich befragte. Straub, Arnold et al. (1997) können diese Ergebnisse für den deutschsprachigen Raum replizieren.

Patientenzufriedenheitsmessung mittels Fragebogen

Fragebögen sind die wohl am meisten verbreitete Form der Erfassung der Patientenzufriedenheit.

Fitzpatrick (1991) nennt die Vorteile des Fragebogenverfahrens:

- Standardisierte Fragen
- Keine Verfälschung durch den Interviewer
- Anonym
- Niedrige Erfassungskosten
- Weniger speziell ausgebildetes Personal notwendig

Eine Meinung, der sich auch Lewis (1994) anschließt, denn für ihn sind Fragebogenverfahren das einfachste, effektivste und effizienteste Verfahren, um Patientenzufriedenheit zu erfassen, vorausgesetzt man setzt ein valides und reliables Instrument ein.

Fazit

Von den häufig genutzten Methoden der Patientenzufriedenheitsmessung, wie Interview, Telefonbefragung und Fragebogen, ist die Fragebogenerfassung der meist genutzte Weg die Patientenmeinung zu erfassen. Die beiden anderen Verfahren führen zu einer systemischen „Beschönigung“ der Ergebnisse

Bezug zur empirischen Fragestellung:

Bei der Messung der Patientenzufriedenheit sollte das bewährte Fragebogenverfahren verwendet werden.

Die Patientenbefragung mittels Fragebogen stellt einen Test dar, der drei Gütekriterien beinhaltet, die eine Aussage über die Qualität des Tests machen. Dies sind:

1. Objektivität (Ist ein Test unabhängig vom Testleiter?)
2. Validität (Misst der Test das, was er zu messen beabsichtigt?)
3. Reliabilität (Zuverlässigkeit der Messung)

Es folgt eine differenzierte Darstellung der Gütekriterien:

5.2 Objektivität

Unter Objektivität versteht man die Unabhängigkeit des Testergebnisses vom Testleiter. Als Beleg für eine hohe Objektivität gelten eindeutige Anweisungen für die Testdurchführung und Auswertung (Rost, 2004) S. 39, (Bühner, 2006) S. 23. Unterschiedliche Testanwender sollen also bei denselben Personen zu denselben Resultaten gelangen.

Es gibt drei Aspekte der Objektivität:

- 1) Die Durchführungsobjektivität bezieht sich darauf, dass die Testergebnisse vom Untersuchungsleiter unabhängig sein sollen. Dies erfordert eine standardisierte Untersuchungsdurchführung (eindeutige Bearbeitungsanweisungen und auch

vorgegebene Antworten auf Rückfragen, so dass dem Untersuchungsleiter kein Spielraum für eigene Interventionen bleibt).

- 2) Bei der Auswertungsobjektivität müssen unterschiedliche Auswerter zu denselben Ergebnissen kommen. Dies erreicht man durch eindeutige Vorschriften der Itembewertung.
- 3) Die Interpretationsobjektivität ist gegeben, wenn keine individuellen Deutungen in die Interpretation eines Testwertes einfließen. Hilfreich sind dabei Normwerte, mit denen man die Testergebnisse vergleicht, um erkennen zu können, ob deren Aussage im Vergleich eine über- oder unterdurchschnittliche Merkmalsausprägung zeigt.

Bortz und Döring fassen es folgendermaßen zusammen:

Bei standardisierten quantitativen Verfahren, die von ausgebildeten Psychologen oder geschulten Testanweisern unter kontrollierten Bedingungen eingesetzt und ausgewertet werden, ist davon auszugehen, daß perfekte Objektivität vorliegt. In der Tat ist die Objektivität meist ein recht unproblematisches Testgütekriterium, das auch bei Eigenkonstruktionen von Fragebögen oder Tests leicht realisierbar ist. (D. J. Bortz & Döring, 1995) S. 181.

Freise kann nachweisen, dass der Rücklauf bei Patientenbefragungen unabhängig davon ist, ob der Arzt oder die Pflegekraft den Fragebogen verteilt, was für eine hohe Durchführungsobjektivität spricht (Freise, 2003) S. 191 ff.

Bei professionellen Patientenbefragungen ist somit von einer hohen Objektivität auszugehen.

Fazit

Die Objektivität ist die Unabhängigkeit der Testergebnisse vom Testleiter. Es gibt drei Arten von Objektivität:

- 1) Durchführungsobjektivität
- 2) Auswertungsobjektivität
- 3) Interpretationsobjektivität

Bei professionellen Patientenbefragungen ist von einer hohen Objektivität auszugehen.

Bezug zur empirischen Fragestellung:

Der Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit muss objektiv sein, wenn diese Gütekriterien noch nicht überprüft sind, sollte dies in dieser Studie erfolgen.

5.3 Validität

Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit der Frage, ob Patientenzufriedenheitsmessungen überhaupt valide sind. Zu diesem Thema ist die Literaturlage nicht eindeutig. Die unterschiedlichen Ergebnisse sind im folgenden dargestellt.

Definition von Validität

Dorsch (1994) S. 838 definiert Validität folgendermaßen: Validität, Gültigkeit, ist eines der Haupttestgütekriterien, welches über die Messgenauigkeit eines Tests im Hinblick auf ein Kriterium Aussagen macht. Die Validität gibt den Grad der Genauigkeit an, mit dem ein Test „dasjenige Persönlichkeitsmerkmal oder diejenige Verhaltensweise, das (die) es messen soll oder zu messen vorgibt, tatsächlich misst“. Nach den APA-Richtlinien für pädagogische und psychologische Tests unterscheidet man zwischen:

1. inhaltlicher Validität

Inhaltliche Validität liegt vor, wenn der Test bzw. die Testaufgaben bereits das

zu messende Merkmal oder die Eigenschaften beinhalten. Man spricht dann auch von logischer Validität.

2. Kriteriumsbezogener Validität

Wird der in einem Test gewonnene Testwert zu einem Kriteriumswert in Beziehung gesetzt, so liegt die Kriteriumsvalidität vor. Wird ein Kriteriumswert außerhalb von Testwerten gewonnen, so spricht man von externer Validität. Es wird innerhalb der Kriteriumsvalidität zwischen Übereinstimmungs- und Vorhersagevalidität unterschieden. Soll ein Testwert Kriteriumswerte vorhersagen, welche erst in der Zukunft liegen, so spricht man von Vorhersagevalidität. Bei der Übereinstimmungsvalidität wird das externe Kriterium zeitgleich gemessen, eine Prognose wird nicht gefordert.

3. Konstruktvalidität

Bei der Konstruktvalidität steht die theoretische Klärung eines Testwertes bzw. einer Variablen im Vordergrund.

Rost definiert Validität: „Unter der Validität eines Tests versteht man das Ausmaß, in dem der Test das misst, was er messen soll“ (Rost, 2004) S. 34.

Ähnlich beschreibt dies Bortz and Döring; „Die Validität eines Tests gibt an, wie gut der Test in der Lage ist, genau das zu messen, was er zu messen vorgibt.“ (D. J. Bortz & Döring, 1995) S. 185.

Bühner definiert „Unter Validität versteht man im eigentlichen Sinne das Ausmaß, in dem ein Test das misst, was er zu messen vorgibt.“ (Bühner, 2006) S. 36.

Die Validität ist eines der testtheoretischen Gütekriterien und eine Grundvoraussetzung für die Nutzung von Testergebnissen. Denn wenn Patientenzufriedenheitsfragebogen nicht die Zufriedenheit der Patienten mit der erfahrenen Leistung ermitteln, macht die Interpretation der Ergebnisse als Qualitätsindikator keinen Sinn.

Zweifel an der Validität von Patientenzufriedenheitsmessungen

Fitzpatrick (1991) räumt die grundsätzliche Schwierigkeit, die Validität der Patientenbefragung zu bestimmen ein:

Validity is much more difficult to examine and, compared with reliability, is beyond the means of most simple surveys to evaluate in any real sense. This is because validity of a questionnaire is the requirement for it to measure what it claims to measure, and it is difficult to imagine any ultimate gold standard against which, to assess a questionnaire of satisfaction. S. 888.

Es gibt einige Autoren die grundsätzlich die Validität von Patientenzufriedenheitsmessungen bezweifeln. So berichtet Cartwright bereits 1964 bei seiner Studie zur Patientenzufriedenheit bei niedergelassenen Ärzten, dass 75% der Patienten gar keinen Kritikpunkt an ihrem Hausarzt finden können. Es stellt sich somit die Frage, ob die unterschiedlichen Ergebnisse einer Patientenbefragung überhaupt eine inhaltliche Bedeutung haben (Cartwright, 1964) zitiert nach (Brink, Yesavage, Lum, Heersema, & Rose, 1982). Alle Kritiker darzustellen würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen und der interessierte Leser sei auf (Cartwright, 1967) (Wooley, Kane, Hughes, & Wright, 1978) (Susie Linder-Pelz, 1982) (Pascoe & Attkisson, 1983) (R. Fitzpatrick, 1984) (I. F. Shaw, 1984) (Greenfield, Kaplan, & Ware, 1985) (Vuori, 1991) (R. Carr-Hill, Dixon, & Thompson, 1989) (Aharony & Strasser, 1993; Brian Williams, 1994) (Lewis, 1994) (Gill & White, 2009) verwiesen.

Patientenbefragung als valides Messinstrument

Auch wenn es unterschiedliche Autoren und Befunde gibt, welche die Validität der Patientenbefragung in Frage stellen, ist die Literaturlage, die die Patientenbefragung als valides Messinstrument sieht, weitgehend eindeutig. Zur besseren Übersicht erfolgt die

Darstellung in tabellarischer Form:

Tabelle 2

Studien zur Validität der Patientenbefragung

Validierungsart	Literatur
Allgemeine Aussagen	(Locker & Dunt, 1978) (H. E. Ware, Davies-Avery, & Stewart, 1978)
Anhand unterschiedlicher externer Kriterien	(Peterson, 1956) und (Rosenfeld, 1957) zitiert nach (Donabedian, 1966) (Abdellah & Levine, 1957) (Deisher, Engel, Spielholz, & Standfas.Sj, 1965) (Mechanic, 1968) (Conforti, 1969) (Alpert, Korsa, Haggerty, Robertson, & Heagarty, 1970) (Houston & Pasanen, 1972) (Lebow, 1975) (L. S. Linn, 1975) (Eisenthal & Lazare, 1976) (Svarstad, 1976) (Greenfield, et al., 1985) (Lochman, 1983) (Pascoe, 1983b) (Cousins, 1985) (Like & Zyzanski, 1987) (Aharony & Strasser, 1993) (Nelson & Larson, 1993) (Perneger, Kossovsky, Cathieni, di Florio, & Burnand, 2003) (Christen, et al., 2008) (Leonard, 2008) (Taylor, et al., 2008) (Santuzzi, et al., 2009)
Anhand des Kriteriums Compliance der Patienten	(Andersen, 1968; Korsch, et al., 1968) (Bice & White, 1969) (Francis, et al., 1969) (Hulka, Zyzanski, Cassel, & Thompson, 1971) (Fabrega & Roberts, 1972) (Brooks, 1973) (Hurtado, Greenlick, & Colombo, 1973) (Becker, Drachman et al. 1974) (Wan & Soifer, 1974) (Kravits, 1975) (J.-E. Ware, Wright, Snyder, & Chu, 1975) (Berkanovic and Marcus 1976) (Hulka, Cassel et al. 1976) (Larsen and Rootman 1976) (Becker & Maiman, 1980; Roghmann, Hengst, & Zastowny, 1979) (Brody 1980) (DiMatteo and DiNicola 1982) (DiMatteo and DiNicola 1982) (Ley 1982) (M. W. Linn, Linn, & Stein, 1982) (Lochman 1983) (Marquis, Davies et al. 1983) (Pascoe 1983b) (Ware, Snyder et al. 1983) (Zastowny, Roghmann et al. 1983) (Bartlett, Grayson et al. 1984) (Thomas & Penchansky, 1984) (Blanck, Rosenthal et al. 1986) (Press, Ganey et al. 1990) (Press, Ganey et al. 1990) (Aharony and Strasser 1993) (Di Palo 1997).
Anhand des Kriteriums Arztverhalten/ -kompetenz	(Stiles, Putnam, Wolf, & James, 1979) (DiMatteo & Hays, 1980) (Nelson-Wernick, et al., 1981) (Doering, 1983) (Roter, Hall, & Katz, 1987) (Cleary & McNeil, 1988) (Luthy, et al., 2005) (Zandbelt & Smets, 2007)
Anhand des Kriteriums Bindung an Leistungserbringer	(Jenny, 1973) (Kinsey, Bradshaw, & Ley, 1975) (Oliver, 1980) (Doering, 1983) (O'Connor & Shewchuck, 1991) (Stephen Strasser & Davis, 1992) (S. Strasser & Associates, 1992b) (Aharony & Strasser, 1993) (Di Palo, 1997)
Anhand des Kriteriums Krankenkasse	(Bashshur, Metzner, & Worden, 1967) (Houston & Pasanen, 1972) (Kasteler, Kane, Olsen, & Thetford, 1976) (DiMatteo, Prince, & Taranta, 1979) (Fox & Storms, 1981) (Carmel, 1985) (Aharony & Strasser, 1993)
Anhand des Kriteriums Technische Ausstattung	(B. S. Linn, 1982) (Willson & McNamara, 1982) (Roter, et al., 1987)
Konstruktvalidierung	(Abramowitz, et al., 1987) (Meterko, Nelson, & Rubin, 1990) (Rice, Klett, Berger, Sewall, & Lemkau, 1963) (Aharony & Strasser, 1993) (Pfaff, Freise, Mager, & Schrappe, 2001) (Freise, 2003)

Fazit

Es gibt einige kritische Stimmen, welche die Validität von Patientenzufriedenheitsmessungen grundsätzlich in Frage stellen. Neben allgemeinen Überlegungen wird als zentrales Problem der hohe Anteil an Zufriedenheitsäußerungen der Patienten genannt. Diese Befunde sind aber teilweise methodischen Schwächen bei der Skalierung der Items geschuldet. Andererseits wird dabei übersehen, dass der Patient trotz bestehender Probleme grundsätzlich mit der Leistung zufrieden sein kann, weil es zu einer Besserung seines Gesundheitszustands gekommen ist.

Die Befundlage, die den Nachweis der Validität von Patientenzufriedenheitsmessungen bringt, ist eindeutig und bezieht sich auf unterschiedlichste Validitätskriterien.

Bezug zur empirischen Fragestellung:

Der Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit muss valide sein. Denn nur wenn die Messung der Patientenzufriedenheit valide ist, ist es grundsätzlich auch möglich personengebundene Einflussfaktoren auf die Patientenzufriedenheit zu überprüfen, andernfalls hätte sich die Überprüfung der Fragestellung erübrigt, da Ergebnisse nur durch zufällige Schwankungen begründet wären.

Wenn diese Gütekriterien bei dem in dieser Arbeit verwendeten Instrument noch nicht überprüft sind, muss dies im Rahmen der Studie erfolgen.

5.4 Reliabilität

Die Reliabilität ist ein weiteres wichtiges Kriterium, um die Qualität einer Patientenzufriedenheitsmessung zu beurteilen. Aharony and Strasser beklagen, dass man bei vielen Patientenzufriedenheitsstudien die Reliabilitäten nicht berechnet (Aharony & Strasser, 1993). Die Studienlage ist hier nicht so umfangreich wie bei der Validität.

Definition

Dorsch (1994) beschreibt die Reliabilität als: Reliabilität, Zuverlässigkeit, das Gütekriterium einer Meßmethode und speziell eines Tests, welches die Messgenauigkeit angibt (D. J. Bortz & Döring, 1995) (Rost, 2004) (Bühner, 2006). Die Reliabilität gibt also an, wie genau ein Test das misst, was er messen soll. Allgemein geht das Konzept der Reliabilität davon aus, dass die Messung eines Merkmals mit Messfehlern behaftet ist.

In der klassischen Testtheorie gilt, dass sich die Testrohwerte aus einem wahren Varianz-Anteil und aus einem Fehlervarianz-Anteil zusammensetzen. Als Zuverlässigkeitskoeffizient wird das Verhältnis der wahren Varianz zur gesamten Varianz definiert.

Je nachdem, welche Methoden bei der Reliabilitätsbestimmung zur Anwendung kommen, unterscheidet man verschiedene Aspekte der Reliabilität:

1. Retest- Reliabilität (stability):

Dieselben Personen erhalten den Test zweimal vorgelegt. Bei dieser Methode gehen Erinnerungseinflüsse sehr stark ein, dies kann zu Schein- Reliabilität führen.

2. Paralleltest-Methode (equivalence):

Liegen zwei äquivalente Testformen vor (Paralleltest), so kann man die Reliabilität mit dieser Methode bestimmen. Diese Form ist bei der Patientenbefragung kaum möglich.

3. Interne Reliabilität auch Testhalbierungsmethode oder innere Konsistenz:

Sie kann dann durchgeführt werden, wenn eine Testwiederholung ausgeschlossen ist und keine Paralleltests vorliegen. Wird der Test an einer Stichprobe durchgeführt, dann in zwei äquivalente Hälften aufgeteilt und die Reliabilität des gesamten Tests geschätzt, spricht man von split-half-Methode. Die Konsistenzanalyse betrachtet jede Testaufgabe als «halbierten» Test, dabei führt man alle möglichen Testhalbierungen durch. Häufig ist hier der Kronbachs Alpha- Koeffizient angegeben.

Retest- Reliabilität

Die wenigen Studien zur Retest- Reliabilität sind ermutigend. So finden Rice, Klett et al. (1963) Retest- Reliabilitäten von 92% Übereinstimmung zwischen Test und Retest. Ware and Snyder (1975) führen eine Retest- Reliabilitätsmessung durch und ermitteln Werte zwischen 0.57 und 0.70.

Interne Reliabilität

Angaben zur internen Reliabilität schwanken in den Studien von Ware, Wright et al. (1975) zwischen 0,67 und 0,81 und 0,47 bis 0,75, wobei in der Studie nur 2-4 Items pro Skala Verwendung finden. Cronbachs Alpha ist in anderen Studien mit akzeptablen Werten über .60 angegeben: (Ventura, Fox, Corley, & Mercurio, 1982) (A. S. Hinshaw & Atwood, 1982) (A.-S. Hinshaw, Gerber, Atwood, & Allen, 1983) (Carmel, 1985) (J.-R. Greenley, Schulz, Nam, & Peterson, 1985) (Abramowitz, et al., 1987) (Baker, 1990) (Aharony & Strasser, 1993) .

Young stellt in den Subskalen des Patientenzufriedenheitsfragebogens durchgängig einen Kronbachs Alpha über 0,65 fest (Young, et al., 2000).

Fazit

Die Literatur zur Reliabilität der Patientenzufriedenheitsmessungen liefert bei unterschiedlichen Studien sowohl bei der Retest- als auch bei der Internen Reliabilität zufriedenstellende bis sehr gute Ergebnisse.

Bezug zur empirischen Fragestellung:

Das Vorhandensein von reliablen Messergebnissen ist eine weitere Voraussetzung, um grundsätzlich personengebundene Einflussfaktoren identifizieren zu können. Wenn dieses Gütekriterium bei dem in dieser Arbeit verwendeten Instrument noch nicht überprüft ist, muss dies im Rahmen der Studie erfolgen.

5.5 Methodische Besonderheiten bei der Erfassung der Patientenzufriedenheit

Verschiedene Autoren fordern zwar methodische Mindeststandards (Satzinger, 1998) (Dirks-Wetschky & Trojan, 2001) (Leber & Hildebrandt, 2001), aber die Diskussion ist in Deutschland noch vergleichsweise jung (Görres, 1999) (Freise, 2003). Wenn es nicht gelingt dieses Manko zu beheben, läuft man Gefahr die Patientenzufriedenheitsmessungen an sich zu diskreditieren. Der angloamerikanische Raum ist an dieser Stelle deutlich weiter (Freise, 2003), aber auch hier ist man noch weit von einem einheitlichen „golden standard“ entfernt (Meterko, et al., 1990) (Aharony & Strasser, 1993) (R. G. Carey, 1999). Am weitesten ist dabei der CAHPS® in den USA gekommen, der inzwischen eine extrem breite Akzeptanz genießt (Centers for Medicare and Medicare Services CMS, 2009).

Neben den allgemeinen Gütekriterien wie Validität und Reliabilität gibt es bei der Patientenzufriedenheitsmessung einige methodische Besonderheiten, die im folgenden Kapitel skizziert sind.

5.5.1 Geschlossene Fragen: Report- und Ratingfragen

Offene und geschlossene Fragetypen finden bei der Fragebogenkonstruktion Verwendung. Bei den geschlossenen Fragen unterscheidet man zwischen Report- und Ratingfragen. Eine Unterscheidung, die auf Ware und Davies zurück geht. Sie bezeichnen Fragen zu objektiven Tatbeständen, wie zum Beispiel Wartezeit, als „satisfaction reports“ und definieren subjektive Einschätzungen als „satisfaction ratings“. Das Problem bei Reportfragen ist, die Reduzierung der großen Menge möglicher Fragen auf relevante Fragen. Der Vorteil ist, wie Feinstein (1977) feststellt, dass konkrete Fragen nach wahrnehmbaren Erlebnissen zu reliableren und reproduzierbareren Ergebnissen führen (Feinstein, 1977).

Ratings werden als Evaluationskriterium zum Teil kritisch gesehen, wegen der Schiefe oder des Deckeneffekts. Locker and Dunt (1978) zeigen auf, dass die hohen Zufriedenheitsraten zu einer zwangsläufigen Insensivität der Messinstrumente bezüglich Veränderungen führen.

Problematik der Schiefe und Skalierung bei Ratingfragen und deren Beseitigung

Die extreme Schiefe bei Ratingfragen bei Patientenzufriedenheitsmessinstrumenten ist durch viele Studien dokumentiert (Lebow, 1974) (John E. Ware, Snyder, & Wright, 1977) (J. E. Swan & Carroll, 1980) (Cartwright & Anderson, 1981) (Lebow, 1983) (Pascoe & Attkisson, 1983) (S. J. Williams & Calnan, 1991a) (Khayat & Salter, 1994) (Mason, Ashe, & Souza, 1996) (Di Palo, 1997) (Sitzia & Wood, 1997) (Jacob & Bengel, 2000) (Rose, et al., 2008)

Die festgestellte Schiefe ist ein Methodenartefakt und lässt sich durch sauber konstruierte Items beheben. Die Antwortkategorien müssen so kalibriert sein, dass die Ergebnisse eine ausreichende Differenzierung zulassen. Wenn beispielsweise Menschen mit einem Produkt oder einer Dienstleistung generell zufrieden sind, muss der positive Bereich der Antwortskala gespreizt werden. Dieses Vorgehen diskutiert man bereits sehr früh, so fordert Donabedian bereits 1966 das Antwortschema „excellent“ als eine

Kategorie oberhalb von „sehr gut“ (Donabedian, 1966). Der Client Satisfaction Questionnaire (CSQ) benutzt bereits 1979 die Antwortkategorien excellent bis poor, die Larsen, Attkisson et al. entwickeln (D. Larsen, Attkisson, Hargreaves, & Nguyen, 1979). Ware and Hays (1988) vergleichen in einer Studie die Antwortkategorien „excellent – poor“ (fünfstufig) mit "very satisfied" to "very dissatisfied" (sechsstufig). Sie fassen die Ergebnisse ihrer Studie folgendermaßen zusammen: “For all four satisfaction concepts studied, ratings based on an "excellent" to "poor" response format performed better in terms of the criteria applied here. ” S. 401. Andere Autoren finden hierzu auch Belege (Streiner & Norman, 1989) (June H. Larrabee, et al., 1995) (Steiner, Looney, Rodgers, Chapple, & Nisbet, 1998). In den 90ern hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass Deckeneffekte durch das Weglassen einer Kategorie oberhalb von „sehr gut“ entstehen. Im englischsprachigen Raum ist dabei „excellent“ gebräuchlich (C.-K. Ross, Steward, & Sinacore, 1995) (Young, et al., 2000) (Centers for Medicare and Medicare Services CMS, 2009).

Andere Autoren entdecken, dass die Antwortkategorie „best“ (übersetzt: Das Beste), Patienten zu kritischeren Bemerkungen animiert, was wiederum ganz im Sinne des Qualitätsmanagements ist (Rubin, 1990) (R. Fitzpatrick, 1991) (Sitzia & Wood, 1997) (Morales, Reise, & Hays, 2000). Leider hat sich diese Erkenntnis zur Beseitigung der Schiefe und der damit verbundenen deutlichen Verbesserung der psychometrischen Eigenschaft im deutschsprachigen Raum noch nicht durchgesetzt, wie verschiedene Studien verdeutlichen (Rais, 1998) (Passfeld, 2001) (Pfaff, et al., 2001) (Freise, 2003) (Baumann, Nonnenmacher, Weiß, & Schmitz, 2008) (Gehrlach, et al., 2009).

Fazit

Bei den geschlossenen Fragen der Patientenzufriedenheitsmessung sollten sowohl Report- als auch Ratingfragen Verwendung finden. Wichtig ist, bei den Ratingfragen auf eine sinnvolle Skalierung im Patientenkontext zu achten. Es empfiehlt sich über der Antwortmöglichkeit „sehr gut“ eine weitere zu installieren, wie zum Beispiel „excellent“ oder „das Beste“.

Bezug zur empirischen Fragestellung:

Diese zusätzliche Kategorie über dem „sehr gut“ ermöglicht eine bessere Differenzierung zwischen verschiedenen Einheiten. So können Ergebnisdifferenzen von Gruppen, die sich bezüglich ihrer personengebundenen Merkmale unterscheiden, mit höherer Sensitivität identifiziert werden. Das eingesetzte Instrument sollte diese zusätzliche Kategorie enthalten.

5.5.2 Zeitpunkt der Befragung

Auch der Zeitpunkt, zu dem der Patient den Fragebogen ausfüllt, ist kontrovers diskutiert. Klassischerweise überreicht man die Fragebögen zu folgenden Zeitpunkten:

- Befragung während der Leistungserbringung (Inhousebefragung)
- Versenden des Fragebogens an die Patienten und Rücksendung durch den Befragten (postalische Befragung)
- Überreichen des Fragebogens am Ende der Behandlung mit der Bitte den Fragebogen zurückzusenden (Kombinationsverfahren)

Jedes dieser Verfahren birgt Vor- und Nachteile. Der Zeitpunkt des Ausfüllens der Patientenfragebögen ist kontrovers diskutiert, wobei es jedoch keine Studien gibt, die den Effekt der verschiedenen Methoden auf die Patientenmeinung untersuchen (KTQ-GmbH, 2000) (K. Blum, 2001) (Satzinger & Raspe, 2001) (Trojan & Nickel, 2001). Im deutschsprachigen Raum ist das Kombinationsverfahren sehr beliebt.

5.5.3 Rücklauf

Den Rücklauf betrachtet man als das zentrale Kriterium für die Qualität der Patientenbefragung (Freise, 2003). Es besteht die Annahme, dass ein hoher Rücklauf auch repräsentative Ergebnisse gewährleistet (Donald, 1960) (Skipper & Ellison, 1966) (Wren, Longest, Keith, & Walker, 1971) (Eichner & Habermehl, 1982) (Frasch, 1987) (Gallagher, 1989) (Groves, 1989) (Don A. Dillman, 1991) (Van Der Zouwen & De Leeuw, 1991) (R. A. Carr-Hill, 1992) (Landgrebe, 1992) (Raymond G. Carey & Seibert, 1993) (Dull, Lansky, & Davis, 1994) (Mangione, 1995) (Ford, Bach, & Fottler, 1997) (Eaker, Bergstrom, Bergstrom, Adami, & Nyren, 1998) (Sitzia & Wood, 1998) (R. G. Carey, 1999) (Schnell, Hill, & Esser, 1999) (Don A. Dillman, 2000) (Porst, 2000).

Die allgemeine Methodenliteratur fordert 70 % Rücklauf als Kompromiss zwischen den in Metaanalysen maximal gefunden 80% und den in der Praxis oft nur erreichten 50-60% (Hansen, 1988) (Landgrebe, 1992) (Porst, 2000).

Das Antwortverhalten von denen, die sofort antworten, und denen, die erst nach Erinnerungen antworten, ist unterschiedlich. In manchen Studien sind die Sofortantwortenden zufriedener, in andern Studien ist dies umgekehrt (Piedmont & Dornblasser, 1970).

Schon das Mitsenden eines Kugelschreibers kann die Rücklaufquote um 10% erhöhen (Meterko, et al., 1990). Andere Autoren empfehlen ganz auf Insensitives zu verzichten und stattdessen lieber auf Erinnerungsmaßnahmen zurückzugreifen (Stephen Strasser & Davis, 1992).

In der Literatur geht man davon aus, dass Inhousebefragungen einen höheren Rücklauf bewirken (Skipper & Ellison, 1966) (Smedby & Ehnfors, 1993) (Westbrook, 1993) (Kinnorsley, Stott, Peters, Harvey, & et al., 1996) (Klotz, Zumbe, Velmans, & Engelmann, 1996) (Seyfarth-Metzger, Satzinger, & Lindemeyer, 1997) (Straub, et al., 1997) (Satzinger, 1998) (Sitzia & Wood, 1998) (KTQ-GmbH, 2000) (Raidl, 2001) (Satzinger & Raspe, 2001) (Seyfarth-Metzger, Satzinger, Höpner, & Walter, 2001).

Freise (2003) fasst den Zusammenhang zwischen Fragebogenlänge und Rücklaufquote folgendermaßen zusammen: „Entgegen der weit verbreiteten Auffassung, dass die

Länge des Fragebogens einen großen Einfluss auf den Rücklauf habe, war bei der durchgeführten Patientenbefragung kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Fragebogenlänge und dem Fragebogenrücklauf festzustellen.“ S. 163.

Er stellt fest, dass der Abstand der Befragung (bis 16 Wochen nach dem Krankenhausaufenthalt) keinen Einfluss auf die Rücklaufquote hat, was aber auch mit den vielen Erinnerungsintervallen zusammenhängen kann. Bei postalischen Patientenbefragungen mit mindestens drei Erinnerungswellen erreicht er einen Rücklauf von über 66% (Freise, 2003).

Fazit

Ein hoher Rücklauf gilt als Qualitätskriterium der Patientenbefragung. Die Inhousebefragung liefert die höchsten Rücklaufquoten, doch bei entsprechend häufigen Erinnerungsintervallen kann auch die postalische Befragung über 66% Rücklauf aufweisen.

Bezug zur empirischen Fragestellung:

Der Rücklauf des eingesetzten Fragebogens sollte mindesten 50% betragen, um aussagekräftig Ergebnisse zu erhalten.

5.5.4 Länderspezifische Aspekte

Die gängige Praxis, Ergebnisse von Patientenzufriedenheitsstudien aus einem Land in ein anderes Land zu übertragen, betrachten verschiedene Stellen kritisch.

Aharony and Strasser (1993) weisen darauf hin, dass viele Studien aus den USA, England oder Israel stammen, mit sehr verschiedenartigen Gesundheitswesen, was einen Vergleich der Ergebnisse erschwert. Andere Autoren machen aufmerksam darauf, dass Ergebnisse aus einem Land sich nicht automatisch auf ein anderes Land übertragen lassen (M. H. Bond, 1993) S. 88 ff, (Kurata, Watanabe, McBride, Kawai, & et al., 1994) (Bermejo, Berger, Kriston, & Harter, 2009) (DeVoe, Wallace, & Fryer,

2009). Straub, Arnold et al. (1997) beginnen ihre richtungweisende Studie mit dem Bewusstsein, dass eine Adaptation unumgänglich ist:

Unterschiede der Versorgungsstrukturen in den verschiedenen Ländern insbesondere in bezug auf die bekanntermaßen problematischen Aspekte der stationären Versorgung sowie mutmaßlich bei den kollektiven Patientenerwartungen und -erfahrungen waren die Grundlage für den Entschluss, den in der amerikanischen Studie eingesetzten Fragebogen nicht nur zu übersetzen, sondern ihn auch umfassend auf die deutschen Verhältnisse anzupassen. S. 19.

Lewis merkt kritisch an, dass Patientenbefragungen selten kulturübergreifend getestet sind, was aber eine unabdingbare Voraussetzung sein sollte, bevor man die Ergebnisse verallgemeinert (Lewis, 1994). Freise (2003) formuliert dazu: “Die Ergebnisse aus der amerikanischen Forschung sind wegen der unterschiedlichen institutionellen und kulturellen Rahmenbedingungen jedoch nur eingeschränkt auf die deutschen Verhältnisse übertragbar“ S. 9. Hahn, Holzner et al. (2005) können den Einfluss des Kulturkreises auf die gesundheitsbezogene Lebensqualitätseinschätzung nachweisen.

Andere Autoren machen darauf aufmerksam, dass es kulturbedingte Unterschiede bei den Erwartungen der Patienten gibt, was wiederum erheblichen Einfluss auf die Patientenzufriedenheit hat (Iversen, et al., 2009). Fragebögen und Forschungsergebnisse sind zuerst immer länderspezifisch zu interpretieren und erst nach einer gründlichen Prüfung ist ein Transfer möglich.

Fazit

Fragebögen und Forschungsergebnisse zur Patientenzufriedenheit lassen sich nicht einfach von einem Land in ein anderes übertragen. Dies gilt besonders bei der Überschreitung von Sprachgrenzen, eine nicht unproblematische Erkenntnis in Anbetracht der Dominanz der englischsprachigen Fragebögen und Literatur und der geringen Publikation von Studien mit Herkunft aus dem deutschsprachigen Raum.

Bezug zur empirischen Fragestellung:

Der eingesetzte Fragebogen muss im deutschsprachigen Raum entwickelt werden und der potentielle Einfluss personengebundener Faktoren auf die Zufriedenheit muss bei deutschsprachigen Patienten untersucht werden. Personengebundene Faktoren können in verschiedenen Kulturkreisen unterschiedliche Auswirkungen haben. So werden ältere Patienten in einem Land, in dem alte Menschen gesellschaftlich einen hohen Status besitzen und aus diesem Grund bevorzugt durch das Krankenhauspersonal behandelt werden, eine andere Zufriedenheit ausdrücken, als in Ländern, wo dies nicht der Fall ist. Demzufolge könnte Alter als Einflussfaktor auf die Entstehung von Patientenzufriedenheit in verschiedenen Kulturen unterschiedlichen Auswirkungen haben.

5.5.5 Patientenzufriedenheitsmessung unter Verwendung der Probabilistischen Testtheorie

In der Testtheorie gibt es grundsätzlich zwei unterschiedliche Ansätze:

1. Klassische Testtheorie
2. Probabilistische Testtheorie

Sie basieren auf unterschiedlichen Annahmen, die abgeleiteten Methoden und Verfahren haben verschiedene Stärken und Schwächen, die im Kapitel 9.1 näher erläutert werden. Grundsätzlich ist es möglich, dass publizierte Ergebnisse Methodenartefakte sind oder zumindest eine Methodenbias haben. Überprüfen lässt sich dieses Phänomen mittels der Triangulation (siehe Kapitel 9.6.4), bei der man

mehrere Methoden gleichzeitig anwendet. Bei der Sichtung der Ergebnisse zu personengebundenen Einflussfaktoren auf die Patientenzufriedenheit, ist also auch zu berücksichtigen, in wie weit man die beiden Ansätze der Testtheorie nutzt und damit eine systematische Verzerrung der Ergebnisse vorgebeugt wird.

Im Bereich der Patientenzufriedenheitsforschung werden überwiegend Verfahren der klassischen Testtheorie (oder rein deskriptive Verfahren) genutzt. Rosts Aussage, dass die Klassische Testtheorie die Grundlage der meisten psychologischen Testverfahren ist (Rost, 1999), trifft also auch für diesen Bereich zu. Im folgenden werden einige Studien vorgestellt, die die Probabilistische Testtheorie (vertiefende Informationen s. Kapitel 9.5) im Zusammenhang mit Patientenzufriedenheitsmessungen verwenden.

Der Scherpunkt des Einsatzes der Probabilistische Testtheorie liegt bei der Entwicklung und Optimierung von Fragebögen, die sich meist auf eine spezifische Krankheit beziehen. So überprüfen Norquist, Fitzpatrick et al. einen Fragenbogen (ALSAQ-40) für Patienten, die an Amyotropher Lateralsklerose (ALS), eine degenerative Erkrankung des motorischen Nervensystems leiden, mittels Verfahren der Probabilistischen Testtheorie (J. M. Norquist, Fitzpatrick, & Jenkinson, 2003). Des Weiteren führen sie einige Studien zur Fragebogenoptimierung bei Hüftprothesen durch (R. Fitzpatrick, Norquist, Dawson, & Jenkinson, 2003) (R. Fitzpatrick, et al., 2004) (J. M. Norquist, Fitzpatrick, Dawson, & Jenkinson, 2004). Andere Autoren verbessern einen Fragebogen für Patienten mit rheumatologischer Arthritis (Wolfe, 2001) (Martin, et al., 2007) oder beschäftigen sich mit Kataraktpatienten (Augenleiden) und der erfolgreichen Optimierung des Catquest- 9SF (Lundström & Pesudovs, 2009). Badia, Arribas et al. (2007) spezifizieren den HRQoL- Fragebogen für Patienten mit Arterienverkalkung mittels der Probabilistischen Testtheorie. Dieser Einsatzbereich ist stark geprägt vom „Health- Related Quality of Life“ (HRQoL), der eine Verbindung von Patientenzufriedenheit und gesundheitsbezogener Lebensqualitätsmessung darstellt.

Andererseits gibt es einige Studien, die den Nutzen der Probabilistischen Testtheorie übergeordnet betrachten. Einen guten Überblick über die Einsatzmöglichkeiten der Probabilistischen Testtheorie im Gesundheitswesen geben Hays, Morales et al. (2000). Sie schließen mit den Worten:

IRT methods will be used in health outcome measurement on a rapidly increasing basis in the 21st century. The growing experience among health services researchers will lead to enhancements of the method's utility for the field and improvements in the collective applications of the methodology. Seite 15

Cook, Teal et al. diskutieren den Nutzen der Probabilistischen Testtheorie für die Schaffung von Itemdatenbanken anhand eines neu entwickelten Fragebogens für Krebspatienten (HRQoL). Dieser entsteht aus der Metaanalyse von vier Fragebögen (Cook, et al., 2007).

Diesen wegweisenden Ansatz des Itembankings verfolgen auch Reeve, Hays et al. (2007). Sie entwickeln ein „Patient-Reported Outcomes Measurement Information System“ (PROMIS), bei dem sie die methodische Messlatte für aufzunehmende Items sehr hoch legen. Dies ist aber notwendig, damit alle Möglichkeiten bis hin zum computeradaptierten Testen ausgeschöpft werden können.

Einige Studien befassen sich mit personengebundenen Einflussfaktoren auf die Patientenzufriedenheit. Morales, Reise et al. können den Nutzen der Probabilistischen Testtheorie an Hand der Fragestellung, ob sich das Antwortverhalten weißer Amerikaner von dem der Amerikaner mit spanischer Herkunft unterscheidet, nachweisen. Sie entdecken, dass entgegen zahlreicher Studien, die auf der Basis der Klassischen Testtheorie arbeiten, die Probabilistische Testtheorie keine beachtenswerten Unterschiede findet (Morales, et al., 2000), damit können sie nachweisen, dass mit der Probabilistischen Testtheorie tiefere Erkenntnisse möglich sind, als wenn man nur die Klassische Testtheorie verwendet. Als Methode nutzen sie das Differential Item Functioning (DIF).

Inzwischen ist die Probabilistische Testtheorie in der Forschung im Gesundheitswesen ein fest etablierter Ansatz (Rabe-Hesketh & Skrondal, 2008).

Fazit

Es gibt ermutigende Ansätze, die die Probabilistische Testtheorie zur Entwicklung von Patientenzufriedenheitsmessungen nutzen. Neben Ansätzen, bei denen Fragebogen für spezifische Krankheiten entwickelt oder optimiert werden, lassen sich vor allem die zukunftsgerichteten Ansätze der Itemdatenbanken und der computeradaptierten Tests maßgeblich von der Probabilistische Testtheorie beeinflussen und methodisch voranbringen .

Bezug zur empirischen Fragestellung:

Die Probabilistische Testtheorie ist inzwischen zwar im englischsprachigen Raum bei der Patientenzufriedenheitsforschung fest etabliert, die Verbreitung ist jedoch eher gering. Gerade bei der Fragestellung des Einflusses personengebundener Faktoren gibt es nur wenige Studien, die die Probabilistische Testtheorie nutzen, aber dann zu anderen Ergebnissen kommen, als Arbeiten, die nur auf Verfahren der Klassischen Testtheorie basieren. Dies legt den Schluss nahe, Methoden der Probabilistischen Testtheorie auch auf diese Fragestellung anzuwenden und die Ergebnisse beider Ansätze miteinander zu vergleichen.

6 Personengebundene Einflussfaktoren auf die Patientenzufriedenheit

Die zentrale Fragestellung dieser Studie ist, ob es personengebundene Einflussfaktoren gibt, die einen Einfluss auf die Patientenzufriedenheit haben. Im Bereich der Soziologie ist nachgewiesen, dass personengebundene Faktoren einen deutlichen Einfluss auf die Zufriedenheit haben und es gibt folgerichtig viele Studien, die diesen Zusammenhang im Bereich der Patientenzufriedenheit untersuchen, aber die Ergebnisse sind uneinheitlich. Nicht näher untersucht wird in der vorliegenden Studie, welchen Einfluss die Größe des Krankenhauses oder die Lage (Stadt- Land) auf die Patientenzufriedenheit haben. Die existierenden Studien in diesem Bereich zeigen eher einen geringen Einfluss (Sjetne, Veenstra, & Stavem, 2007) (Peters, 2008).

Ware, Davies-Avery et al. (1978) fassen zusammen:

It is difficult to summarize the literature regarding demographic and socioeconomic correlates of patient satisfaction. In many instances, findings across studies did not agree. Differences in results may be due to true population differences in the relationships and/or to methodological problems and differences. S. 11.

Auch Fox und Storms beschreiben die Situation zwischen soziodemografischen Einflussfaktoren und Patientenzufriedenheit als so widersprüchlich, dass man sich überlegen kann, diese gar nicht mit zu erheben: „The literature on satisfaction with health care presents contradictory findings about sociodemographic variables. ... The situation has grown so chaotic that some writers dismiss [sociodemographic] variables as reliable predictors of satisfaction“ (Fox & Storms, 1981) S. 557. Sie vermuten, dass es Moderatorvariablen gibt, die die Patientenzufriedenheit insgesamt beeinflussen und sie fordern verstärkte Forschung hin zu mehr Verständnis für die Zusammenhänge, die unterschiedliche Ergebnisse erklären.

Ein Problem, das auch 2000 noch besteht, formuliert Young folgendermaßen: „Although other studies have also reported relationships between patient demographic characteristics and satisfaction ratings, the literature is not well developed in terms of explicating the causal mechanisms underlying these relationships“ (Young, et al., 2000) S. 331. So können Young et al. in ihrer Studie mit über 24.000 befragten Patienten belegen, dass Alter, subjektiv empfundener Gesundheitszustand, Rasse, Einkommen, Krankenhausgröße und räumliche Lage des Krankenhauses einen signifikanten Einfluss auf die Patientenzufriedenheit haben. Doch das r^2 der Regression liegt zwischen 0,087 und 0,15 (Young, et al., 2000), ein sehr ernüchternder Wert.

Im englischsprachigen Raum gibt es in den USA mit dem „Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems“ kurz CAHPS ®, dem Hospital Survey kurz HCAHPS (Centers for Medicare and Medicare Services CMS, 2009) und in England mit National Health Service kurz NHS und mit dem Picker- Fragebogen (Raleigh, Scobie, Cook, Jones, & Irons, 2004) großangelegte Studien, die den Zusammenhang zwischen personengebundenen Variablen und Patientenzufriedenheit untersuchen. Bei allen Studien sind die Ergebnisse eher ernüchternd, so können Raleigh, Scobie et al. nur 8%- 16% der Varianz bezüglich der einzelnen Dimensionen mittels Geschlecht, Alter, Bildung und Gesundheitsstatus und Vertrauen in die Einrichtung erklären (Raleigh, et al., 2004) S. 102 Tabelle 9a. Auch die Mittelwerte liegen nicht sehr weit auseinander. Die Zufriedenheit der Patienten ist vergleichsweise unabhängig von soziodemografischen Aspekten:

Figure 2a: Variations in domain scores by age: inpatient survey

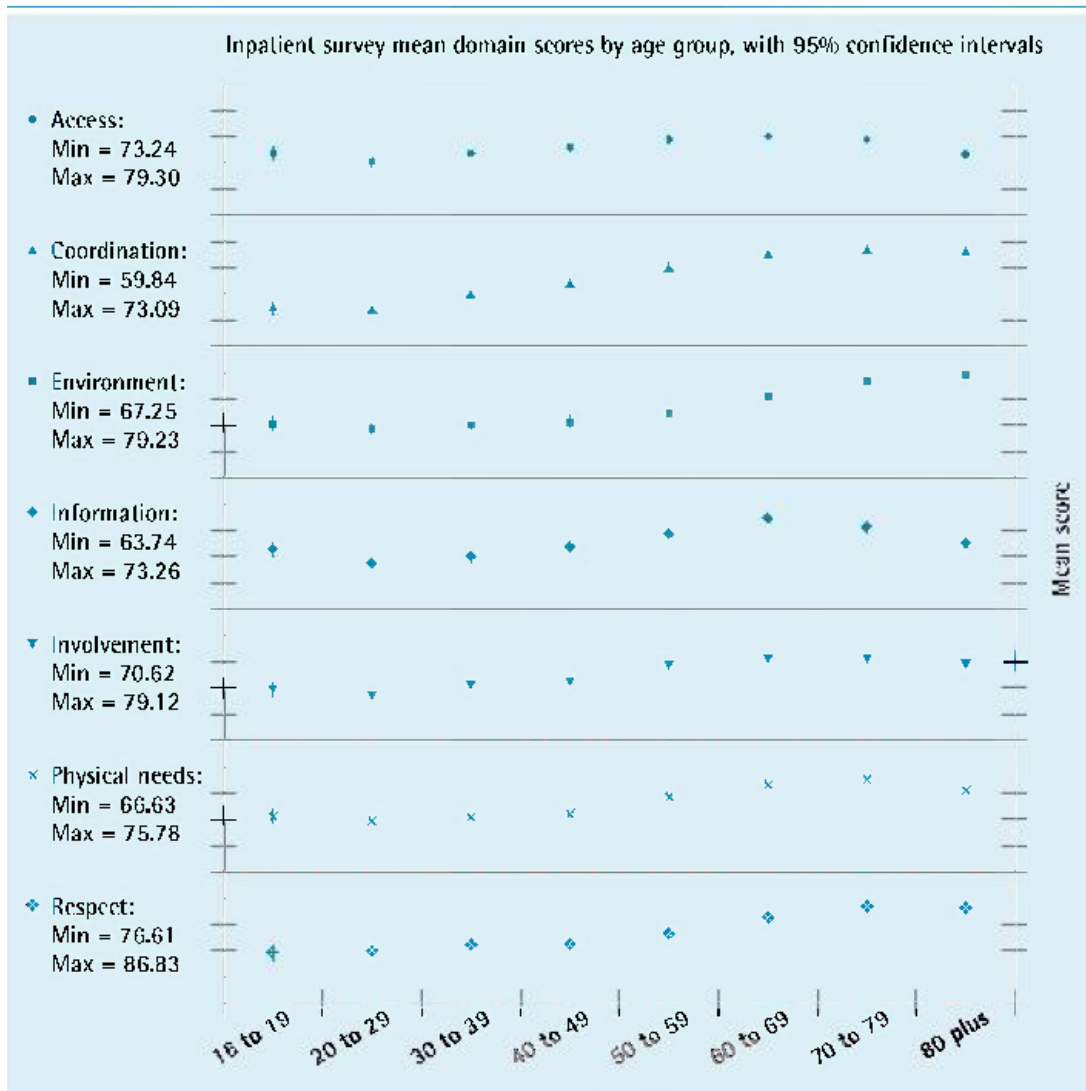


Abbildung 18 Einfluss des Alters auf die Patientenzufriedenheit (Raleigh, et al., 2004) S. 24

Auffallend ist die Sinusform der Ergebnisse, die die verwendete Methode der linearen Regression in Frage stellt.

Auch der in den Staaten eingesetzte HCAHPS beschäftigt sich mit dem Einfluss von personengebundenen Faktoren auf die Patientenzufriedenheit. Die Krankenhäuser haben die Möglichkeit bei einer Abweichung der Patientenverteilung bezüglich soziodemografischer Daten ihre Ergebnisse zu adjustieren.

Tabelle 3

Ergebnisadjustierung (Centers for Medicare and Medicare Services CMS, 2009d) S. 5 Tabelle 2

	Comm. with Nurses	Comm. with Doctors	Responsiveness of Hosp. Staff	Pain Management	Comm. About Medicines	Cleanliness of Hosp. Env.	Quietness of Hosp. Env.	Discharge Information	Overall Hospital Rating	Recommend the Hospital
Patient Mix Adjustment (PMA)										
Education (per level) (1 = 8 th grade or less and 6 = More than 4-year college degree)	-0.12%	-0.32%	-0.35%	-0.40%	-2.10%	-0.27%	-1.45%	-1.06%	-0.82%	-0.66%
Self-Rated Health (per level) (1 = Excellent and 5 = Poor)	-2.14%	-1.96%	-3.20%	-2.76%	-4.04%	-1.96%	-2.01%	-1.55%	-3.23%	-1.94%
ER admission Response Percentile (per 1% of response percentile)	-0.77%	-2.02%	-1.27%	-1.13%	-2.32%	-0.15%	-1.18%	-3.69%	-1.29%	-0.87%
Non English Primary Language	0.11%	0.64%	-1.09%	0.87%	2.94%	0.29%	2.69%	2.81%	4.06%	2.94%
AGE										
Age 18-24	-5.02%	-5.38%	-8.31%	-8.61%	0.98%	-6.86%	-2.81%	1.17%	-9.57%	-7.79%
Age 25-34	-3.74%	-4.09%	-5.09%	-6.95%	2.35%	-6.78%	-2.51%	2.36%	-7.50%	-6.36%
Age 35-44	-2.92%	-3.08%	-4.14%	-5.77%	3.08%	-6.86%	-4.00%	2.78%	-6.37%	-5.47%
Age 45-54	-1.54%	-1.88%	-2.44%	-4.08%	3.39%	-5.71%	-5.07%	3.18%	-4.26%	-3.73%
Age 55-64	0.13%	-0.05%	0.04%	-1.33%	4.94%	-4.37%	-2.93%	3.94%	-1.66%	-1.88%
Age 65-74	0.81%	0.90%	1.20%	0.04%	5.37%	-3.17%	-1.88%	3.19%	-0.22%	-0.59%
Age 75-84	0.84%	0.73%	1.28%	0.44%	3.63%	-1.40%	-1.02%	1.12%	0.51%	0.18%
Age 85 + (REFERENCE)	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
SERVICE LINE										
Maternity Service Line	3.79%	5.33%	7.22%	6.01%	7.71%	-0.67%	6.26%	7.31%	7.30%	5.42%
Surgical Service Line	-0.46%	4.27%	-1.77%	1.76%	0.27%	-0.32%	-0.84%	5.65%	1.64%	1.37%
Medical Service Line (Reference)	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
INTERACTIONS										
Surgical Line * Age [†]	0.01%	-0.59%	0.29%	-0.09%	0.02%	0.09%	0.13%	0.03%	-0.30%	-0.30%
Maternity Line * Age [†]	-0.69%	-0.88%	-1.28%	-1.06%	-1.58%	-0.11%	-0.88%	-1.46%	-1.29%	-0.97%

Anmerkung: Der Prozentwert beschreibt die Abweichung, zum Durchschnittswert des Themengebietes bei der entsprechenden Subgruppe.

Auch hier hat die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands den stärksten Effekt auf die Patientenzufriedenheit. Die Mittelwerte der Patientenzufriedenheit beschreiben beim Alter bei einigen Themengebieten auch eine Sinusform.

Erklärungsversuche für widersprüchliche Ergebnisse

Fox and Storms (1981) machen darauf aufmerksam, dass die extrem unterschiedlichen Ergebnisse bezüglich soziodemografischer Variablen möglicherweise nur auf die unterschiedlichen Messverfahren zurückzuführen sind: „It is possible but unlikely that measurement techniques, while differing between studies, are so radically different as to explain the discrepancies.” S. 557.

Unklar bleibt auch in vielen Studien, inwieweit sich Verzerrungen durch nichtantwortende Personen auswirken. So ermittelt Ware, dass Untervierzigjährige, Farbige und Personen mit niedrigerem Einkommen unterrepräsentiert sind (J. E. Ware, Snyder, Wright, & Davies, 1983). Andere stellen fest, dass Männer und ältere Personen unterrepräsentiert sind (Meterko, et al., 1990). Strasser geht davon aus, dass bei vielen Stichproben, geburtshilfliche Patienten überrepräsentiert sind (Stephen Strasser & Davis, 1992) (S. Strasser & Associates, 1992b).

Like and Zyzanski (1987) vermuten drei Gründe hinter inkonsistenten Ergebnissen:

1. Ist die Frage auf die eigene Erfahrung bezogen oder auf eher allgemeine Umstände?
2. Werden die Patienten befragt, wenn sie gerade Leistungen erhalten oder zu einem anderen Zeitpunkt?
3. Wurden Patienten interviewt oder per Fragebogen befragt?

Bei den personengebundenen Einflussfaktoren wird im Folgenden zwischen den klassischen soziodemografischen Aspekten, wie Alter oder Geschlecht, und den interpsychischen Phänomenen, wie subjektiver Gesundheitszustand oder Erwartungen, unterschieden. Teilweise muss ein Rückgriff auf ältere Studien erfolgen, da in der aktuellen Literatur zum entsprechenden Themengebiet keine Ergebnisse vorhanden sind. Die Ergebnisse der älteren Untersuchungen sind mit entsprechender Vorsicht zu interpretieren.

6.1 Klassische Einflussfaktoren

Bei den klassischen personengebundenen Einflussfaktoren gibt es schon eine extrem lange Forschungstradition (Di Palo, 1997). In den nachfolgenden Kapiteln sind die Ergebnisse inhaltlich sortiert nach den verschiedenen Einflussfaktoren. Innerhalb der Kapitel sind jeweils die Studien zusammengefasst, die in ein und dieselbe Richtung Resultate produzieren und es werden inhaltliche Begründungsansätze aus der Literatur skizziert, die es für den Einfluss dieses jeweiligen Aspektes gibt. Bei umfangreichen Literaturstellen ist zur besseren Übersicht eine tabellarische Darstellung gewählt.

6.1.1 Alter

Das Alter ist einer der soziodemografischen Faktoren, der am konsistentesten mit Patientenzufriedenheit in Beziehung steht (Aharony & Strasser, 1993).

Ältere Menschen sind zufriedener

Zahlreiche Studien zeigen, dass ältere Patienten zufriedener sind.

Tabelle 4

Ältere Menschen sind zufriedener

Literatur	Kurze Methodeninformation
(Raphael, 1967)	Deskriptive N = 493
(L. S. Linn, 1975)	Deskriptive- / Inferenzstatistik N= 1739, $p < 0,01$
(Rojek, Clemente, & Summers, 1975)	Korrelation N = 1166, $p < .001$
(Pope, 1978)	Multiple Regression: N = 3521 "Alter" hatte den zweitgrößten Betakoeffizienten (0,192) , $p < .001$
(Zastowny, Roghmann, & Hengst, 1983)	Korrelation N = 8257 , ($r = 0.10$) $p = 0,01$
(Carmel, 1985)	Korrelation N = 476; $r = 0.11$ ($p < 0.05$)
(Houts, Yasko, Kahn, Schelzel, & Marconi, 1986)	Multiple Regression Beta -0,37 N = 1026; $p < 0.01$
(S.J. Williams & Calnan, 1991)	Korrelation N = 454, $p < 0.001$
(Zahr, William, & El-Hadac, 1991)	Varianzanalyse N = 70
(Cleary, Edgman-Levitan, McMullen, & Delbanco, 1992)	Deskriptive Statistik N=6455, $r = 0.09$, $p < 0.001$
(Sixma & Spreeuwenberg, 1998)	Regressionsanalyse Betas von 0.016 bis 0.023, $p < 0.001$
(Blanchard, Labrecque, Ruckdeschel, & Blanchard, 2006)	Strukturgleichungsmodell 7. 3.1.1 N = 366 Pfadkoeffizient 0,096

Verschiedene Autoren analysieren, dass das Alter nur mit spezifischen Aspekten in Verbindung steht:

Tabelle 5

Ältere Menschen sind zufriedener - spezifische Aspekte

Literatur	Kurze Methodeninformation	Bemerkung
(Apostle & Oder, 1967)	Deskriptive Statistik Faktorenanalyse N = 438 Haushalte	Ältere Patienten beurteilen im allgemeinen die Ärzte positiver.
(Andersen, Kravits, & Anderson, 1971)	Deskriptive Statistik N = 11800	Ältere waren bezüglich der Wartezeit zufriedener als die Jüngeren.
(Kaim-Caudle & Marsh, 1975)	Deskriptive Statistik N= 340	Kein Alterseffekt bei der allgemeinen Zufriedenheit, jedoch sind die über 65jährigen in Bezug auf die Wartezeit zufriedener als die Jüngeren.
(Rojek, et al., 1975)	Deskriptive Statistik Faktorenanalyse N=1166, $r= 0.13$ $p<0.001$	Mit zunehmendem Alter steigt die Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung,
(Tessler & Mechanic, 1975)	Regressionsanalyse N=385, Partialkoeffizient 0.15, $p<0.05$	Höheres Alter = höhere Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung der Kinder

Kein Zusammenhang

Andere Studien finden keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Alter und Patientenzufriedenheit.

Tabelle 6

Kein Zusammenhang zwischen Alter und Patientenzufriedenheit

Literatur	Kurze Methodeninformation	Bemerkung
(Suchman, 1965)	Deskriptive Statistik N=1883	
(Apostle & Oder, 1967)	Korrelation N=438 Haushalte	Kein Zusammenhang zwischen Alter und den Erfahrungen, bzgl. des letzten Aufenthalts in einer Notfallabteilung.
(Hulka, et al., 1971)	Mittelwert Varianzanalyse N=254	
(Hulka, et al., 1971)	Deskriptive Statistik N=254	Kein Zusammenhang zwischen Alter und Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung
(Nelson-Wernick, et al., 1981)	Varianzanalyse N=167	
(Clearly, Keroy, Karpanos, & McMullen, 1983)	Deskriptive Statistik Faktorenanalyse N=598	

Ältere Patienten sind unzufriedener

Einige Studien bestätigen, dass ältere Patienten unzufriedener sind.

Tabelle 7

Ältere Menschen sind unzufriedener

Literatur	Kurze Methodeninformation	Bemerkung
(Kirscht, Haefner, Kegeles, & Rosenstock, 1966)	Deskriptive Statistik N=1493	Je höher das Alter, desto geringer ist der Glaube an die Leistungsfähigkeit der Medizin.
(Hulka, Kupper, Cassel, & Babineau, 1975)	Deskriptive Statistik N=868	Mütter und Schwangere

Begründungsansätze

Es gibt unterschiedliche Begründungsversuche, warum das Alter der demografische Aspekt ist, der am stabilsten mit der Gesamtzufriedenheit in Zusammenhang steht. Hintergrund kann hierbei sein, dass Ältere besser versorgt werden oder einfach weniger anspruchsvoll sind (Like & Zyzanski, 1987) (J.-A. Hall & Dornan, 1990) (Lewis, 1994).

Der Grund für zufriedenerere ältere Patienten in England scheint die Erinnerung an die Zeit vor der allgemeinen Krankenversicherung zu sein. In dieser Zeit ist die Krankenversorgung deutlich schlechter, sodass die Erwartungen der älteren Generation aufgrund ihrer Vorerfahrung einfach schlechter sind. Auch in Deutschland haben gerade die älteren Patienten Erfahrungen mit mangelhafter medizinischer Versorgung in und nach den Kriegen gemacht. 2007 sind 48% der Patienten in Krankenhäusern älter als 65. Der damals entstandene Vergleichmaßstab ist nur schwerlich auf die heutige Zeit übertragbar. Hopton, Howie et al. (1993) vermuten, dass ältere Patienten den enormen Fortschritt in der Entwicklung der Gesundheitsversorgung nur sehr begrenzt wahrnehmen.

Eine Studie weißt darauf hin, dass Ärzte ältere Patienten mit mehr Aufmerksamkeit versorgen und der Arzt mehr nonverbale Signale im Sinn des Zuhörens setzt (Street & Buller) (Locker & Dunt, 1978).

6.1.2 Geschlecht

Das Geschlecht ist der zweite soziodemografische Faktor, der vergleichsweise konsistent mit der Patientenzufriedenheit in Beziehung steht (Aharony & Strasser, 1993).

Frauen sind zufriedener

Verschiedene Studien zeigen auf, dass Frauen zufriedener sind.

Tabelle 8

Frauen sind zufriedener

Literatur	Kurze Methodeninformation
(Apostle & Oder, 1967)	Deskriptive Statistik. Faktorenanalyse N=438 Haushalte
(Hulka, Krupper, Daly, Cassel, & Schoen, 1975a)	Deskriptive Statistik N=1713
(Shonell, 1977)	Regressionsanalyse N=100 , r= 0.05
(Like & Zyzanski, 1987)	Regressionsanalyse N= 144, Korrelation 0.17, p<0.05
(Weiss, 1988)	Regressionsanalyse N=400, Beta 0.10

Kein Unterschied

Andere Studien belegen, dass Geschlecht und Patientenzufriedenheit in keinem Zusammenhang stehen.

Tabelle 9

Kein Zusammenhang zwischen Geschlecht und Patientenzufriedenheit

Literatur	Kurze Methodeninformation
(Hulka, et al., 1971)	Mittelwert Varianzanalyse N=254
(Hulka, et al., 1971)	Deskriptive Statistik N=254
(L. S. Linn, 1975)	Korrelation N= 1739
(Nelson-Wernick, et al., 1981)	Varianzanalyse N=167
(Pascoe & Attkisson, 1983)	Regressionsanalyse N=246
(Delgado, Lopez-Fernandez, & de-Dios-Luna, 1993)	Varianzanalyse N=857

Männer sind zufriedener

Aber es gibt auch hier abweichende Befunde, die belegen, dass Männer zufriedener sind als Frauen.

Tabelle 10

Männer sind zufriedener

Literatur	Kurze Methodeninformation
(S.J. Williams & Calnan, 1991)	Deskriptive Statistik N=454
(Hopton, et al., 1993)	Varianzanalyse N=1599
(Khayat & Salter, 1994)	Deskriptive Statistik N=2173

Begründungsansätze

Die Unterschiede können kulturell oder auch in der unterschiedlichen Erwartungshaltung von Männern und Frauen liegen. In England zeigt eine Studie, dass Frauen eher eine Ärztin für die Brustkrebserkrankung haben wollen und Männer eher auf geringe Wartezeiten und lange Öffnungszeiten Wert legen (Haigh-Smith & Armstrong, 1989).

In den nachfolgenden Kapiteln geht es um den Einfluss von Bildung, Einkommen und Klassenzugehörigkeit auf die Patientenzufriedenheit. Auch hier sind die Ergebnisse extrem widersprüchlich. Auffallend ist hierbei, dass die Ergebnisse sich oft auf Teilbereiche der Zufriedenheit beziehen und innerhalb ein und derselben Studie unterschiedlich sein können (H. E. Ware, et al., 1978).

6.1.3 Krankheitsbild / Fachabteilung und somatisches versus psychiatrisches Krankenhaus

Der Zusammenhang zwischen psychischen Erkrankungen und Zufriedenheit wurde untersucht:

Tabelle 11

Zusammenhang zwischen psychischen Erkrankungen und Patientenzufriedenheit

Literatur	Kurze Methodeninformation	Bemerkung
(J.R. Greenley, Young, & Schoenherr, 1982)	Regressionsanalyse N=366	Je höher der Stress, desto geringer die Zufriedenheit.
(Marshall, Hays, & Mazel, 1996)	Strukturgleichungsmodell $r=0,28$ N=952	Die Patientenzufriedenheit korreliert mit der psychischen Gesundheit.

6.1.4 Bildung

Folgende Studien befassen sich mit dem Zusammenhang zwischen Bildungsstatus und Patientenzufriedenheit.

Höhere Bildung ist mit höherer Patientenzufriedenheit verknüpft

Ein Zusammenhang zwischen höherer Bildung und höherer Patientenzufriedenheit lässt sich aufzeigen.

Tabelle 12

Höhere Bildung ist mit höherer Patientenzufriedenheit verknüpft

Literatur	Kurze Methodeninformation
(Gerst, Rogson, & Hetherington, 1969)	Deskriptive Statistik N=238
(Hulka, et al., 1971)	Deskriptive Statistik N=254
(Hulka, et al., 1971)	Mittelwert Varianzanalyse N=254; Alpha= 0,05
(Hulka, et al., 1975)	Regressionsanalyse N= 363 (Mütter)

Kein Zusammenhang

Zwischen Bildung und Patientenzufriedenheit haben folgende Autoren keine Beziehung gefunden:

Tabelle 13*Kein Zusammenhang zwischen Bildung und Patientenzufriedenheit*

Literatur	Kurze Methodeninformation
(Apostle & Oder, 1967)	Deskriptive Statistik Faktorenanalyse N = 438 Haushalte
(Bashshur, et al., 1967)	Deskriptive Statistik N=489
(Korsch, et al., 1968)	Deskriptive Statistik N=800
(L. S. Linn, 1975)	Deskriptive Statistik N=1739
(Tessler & Mechanic, 1975)	Regressionsanalyse N=385

Höhere Bildung ist mit niedrigerer Patientenzufriedenheit verknüpft

Gebildetere Menschen sind unzufriedener:

Tabelle 14*Höhere Bildung ist mit niedrigerer Patientenzufriedenheit verknüpft*

Literatur	Kurze Methodeninformation
(Hetherington, Hopkins, & Roemer, 1975)	Deskriptive Statistik N=2556
(L.-A. Anderson & Zimmerman, 1993)	Regressionsanalyse N=134 $r = -0.18, P < 0.04$

Begründungsansätze

Sitzia and Wood vermuten, dass der Zusammenhang zwischen Bildung und Patientenzufriedenheit auch durch andere Einflussfaktoren entstehen kann, wie zum Beispiel das Einkommen (Sitzia & Wood, 1997).

Schutz, Lee et al. nehmen an, dass ein höherer Bildungsstand auch mit einem höheren Anspruchsniveau verbunden ist. In den USA ist das Bildungsniveau enger mit dem Einkommen verbunden; da qualitativ hochwertige Bildungsabschlüsse sehr viel kosten, gibt es hier eine große Bildungsschere. In England und Deutschland, wo eine breite Mittelschicht existiert, können solche Effekte ggf. nicht gemessen werden (Schutz, Lee, Schmitt, Almon, & Baillie, 1994).

6.1.5 Einkommen

Folgende Studien befassen sich mit dem Zusammenhang zwischen Einkommen und Patientenzufriedenheit.

Höheres Einkommen ist mit höherer Patientenzufriedenheit verknüpft

Höheres Einkommen bzw. ein höherer Status ist mit höher Patientenzufriedenheit verbunden.

Tabelle 15

Höheres Einkommen ist mit höherer Patientenzufriedenheit verknüpft

Literatur	Kurze Methodeninformation
(Kirscht, et al., 1966)	Deskriptive Statistik N=1493
(Gerst, et al., 1969)	Deskriptive Statistik N=238
(Andersen, et al., 1971)	Deskriptive Statistik N=2851 Haushalte
(Pascoe & Attkisson, 1983)	Regressionsanalyse N=246 $r = .22, p < .001$

Kein Zusammenhang

Manche Studienergebnisse bezüglich des Einkommens und des sozialen Status finden keinen Zusammenhang mit der Patientenzufriedenheit.

Tabelle 16*Kein Zusammenhang zwischen Einkommen und Patientenzufriedenheit*

Literatur	Kurze Methodeninformation
(Apostle & Oder, 1967)	Deskriptive Statistik Faktorenanalyse N=438 Haushalte
(Tessler & Mechanic, 1975)	Regressionsanalyse N=385
(Weiss, 1988)	Regressionsanalyse N=400
(Khayat & Salter, 1994)	Deskriptive Statistik N=2173

Höheres Einkommen ist mit niedrigerer Patientenzufriedenheit verknüpft

Es gibt Befunde, die einen höheren Status mit niedriger Zufriedenheit in Verbindung bringen.

Tabelle 17*Höheres Einkommen ist mit niedrigerer Patientenzufriedenheit verknüpft*

Literatur	Kurze Methodeninformation
(Suchman, 1964)	Deskriptive Statistik N=1795
(Enterline Pe, Salter, McDonald, & McDonald, 1973)	Deskriptive Statistik N=11580
(Hetherington, et al., 1975)	Deskriptive Statistik N=2750

Begründungsansätze

Einkommen und Patientenzufriedenheit sind in den USA positiv korreliert, da dort viele Patienten privat versichert und ein noch größerer Teil nicht versichert sind, ein besseres Einkommen bedingt einen besseren Zugang zu Gesundheitsleistungen (J.-A. Hall & Dornan, 1990) (Sitzia & Wood, 1997). In England und Deutschland, wo eine breite Basisversicherung besteht, können solche Effekte wegfallen. Die Studien dazu sind entsprechend widersprüchlich.

6.1.6 Sozioökonomische Klasse

Studien aus dem Bereich der Soziologie nutzen gerne den Begriff der sozioökonomischen Klasse, wobei die Abgrenzung zur Bildung oder zum Einkommen verschwimmt. Folgende Studien verwenden die Bezeichnung sozioökonomische Klasse und untersuchen den Zusammenhang zur Patientenzufriedenheit.

Höhere sozioökonomische Klasse ist mit höherer Patientenzufriedenheit verknüpft

Einen positiven Zusammenhang zwischen sozioökonomischer Klasse und Patientenzufriedenheit findet sich in einigen Studien.

Tabelle 18

Höhere sozioökonomische Klasse ist mit höherer Patientenzufriedenheit verknüpft

Literatur	Kurze Methodeninformation
(Pope, 1978)	Multiple Regression Beta= 0.63 (p< .05) N=3521
(Carlson, Blustein, Fiorentino, & Prestianni, 2000)	Regressionsanalyse N=7983

Kein Zusammenhang

Keinen Zusammenhang zwischen sozioökonomischer Klasse und Patientenzufriedenheit finden:

Tabelle 19

Kein Zusammenhang zwischen sozioökonomischer Klasse und Patientenzufriedenheit

Literatur	Kurze Methodeninformation
(Suchman, 1964)	Varianzanalyse N=1795
(Cartwright, 1967)	Deskriptive Statistik N=1270
(Raphael, 1967)	Deskriptive Statistik N=1089
(Korsch, et al., 1968)	Deskriptive Statistik N=799
(Tessler & Mechanic, 1975)	Regressionsanalyse N=385

Höhere sozioökonomische Klasse ist mit niedrigerer Patientenzufriedenheit verknüpft

Hulka, Kupper et al. (1975) zeigen mittels Regressionsanalyse bei 887 Patienten einen negativen Zusammenhang zwischen sozioökonomischer Klasse und Patientenzufriedenheit auf.

Begründungsansatz

Die unterschiedlichen Aussagen innerhalb einer Studie lassen sich durch das Phänomen erklären, dass sich die Ergebnisse auf Teilbereiche der Zufriedenheit beziehen (H. E. Ware, et al., 1978).

6.1.7 Familienstand

Der Zusammenhang zwischen Familienstand und Patientenzufriedenheit ist sehr uneinheitlich. Manche Studien stellen keinen Zusammenhang fest:

Tabelle 20

Kein Zusammenhang zwischen Familienstand und Patientenzufriedenheit

Literatur	Kurze Methodeninformation
(Hulka, et al., 1971)	Varianzanalyse N=254
(L. S. Linn, 1975)	Deskriptive Statistik N=1739

Tessler and Mechanic (1975) berichten, dass Singles zufriedener sind als Verheiratete unter Verwendung der Regressionsanalyse. Bashshur, Metzner et al. weisen genau das Gegenteil nach (Bashshur, et al., 1967).

Trotz verschiedener Studien zum Single- Sein wurde dieser Bereich nicht in Beziehung zur Patientenzufriedenheit gebracht.

6.1.8 Familiengröße

Folgende Studien beschäftigen sich mit dem Zusammenhang zwischen Familiengröße und Patientenzufriedenheit:

Tabelle 21

Zusammenhang zwischen Familiengröße und Patientenzufriedenheit

Literatur	Kurze Methodeninformation	Bemerkung
(Gerst, et al., 1969)	Deskriptive Statistik N=233	Kein Zusammenhang zwischen Familiengröße und Patientenzufriedenheit
(Hulka, et al., 1971)	Varianzanalyse N=254	Größere Familien sind in bezug auf die Kosten unzufriedener als kleinere Familien
(Hulka, et al., 1975a)	Deskriptive Statistik N=1639	Kein Zusammenhang zwischen Familiengröße und Patientenzufriedenheit

6.1.9 Ethnische Zugehörigkeit

Bei verschiedenen Studien unterscheiden sich die Ergebnisse hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Zufriedenheit und Rasse.

Keinen Zusammenhang zwischen Rasse und Zufriedenheit beobachten:

Tabelle 22

Kein Zusammenhang zwischen Rasse und Patientenzufriedenheit

Literatur	Kurze Methodeninformation
(Hulka, et al., 1971)	Varianzanalyse N 254
(L. S. Linn, 1975)	Deskriptive Statistik N=1739
(Pope, 1978)	Multiple Regression N=3521
(Morales, et al., 2000),	Probabilistische Testtheorie - Differential Item Functioning (

Höhere Zufriedenheit von ethnischen Minderheiten oder Farbigen berichten:

Tabelle 23

Höhere Zufriedenheit von ethnischen Minderheiten oder Farbigen

Literatur	Kurze Methodeninformation	Bemerkung
(Cornely & Bigman, 1963)	Deskriptive Statistik N=408 Familien	Weißer sind unzufriedener als Schwarze
(Bashshur, et al., 1967)	Deskriptive Statistik N=489	Schwarze sind zufriedener als Weiße (bezogen auf das Prepaid-Verfahren)

Niedrigere Zufriedenheit von ethnischen Minderheiten oder Farbigen belegen:

Tabelle 24

Niedrigere Zufriedenheit von ethnischen Minderheiten oder Farbigen

Literatur	Kurze Methodeninformation	Bemerkung
(Suchman, 1964)	Varianzanalyse N=1795	Ethnische Minderheiten stehen dem Gesundheitssystem skeptischer gegenüber
(Andersen, et al., 1971)	Deskriptive Statistik N=11800	Schwarze sind unzufriedener als Weiße
(Hulka, et al., 1975a)	Deskriptive Statistik N=1713	Schwarze sind unzufriedener als Weiße

Begründungsansatz

Die Unterschiede sind wahrscheinlich in der unterschiedlichen kulturellen Prägung der Patienten begründet, besonders was Muslime und Asiaten anbelangt (L. Jones, et al., 1987).

6.1.10 Kultureller Hintergrund

Linn (1975) beschäftigt sich mit dem Zusammenhang von Religion und Patientenzufriedenheit und findet keinen Zusammenhang (Deskriptive Statistik; N=1739). Benjamins kommt jedoch zu ganz anderen Ergebnissen und zeigt auf, dass hochreligiöse Personen eine 22% höhere Wahrscheinlichkeit haben sehr zufrieden zu sein (Regression; N= 14557) (Benjamins, 2006).

6.1.11 Weitere Aspekte

Studien zeigen, dass chronische Erkrankungen keinen Einfluss auf die Zufriedenheit der Patienten haben, deshalb schlagen manche Autoren vor, auf diese Variable zu verzichten (Di Palo, 1997) (Kippen, Strasser, & Joshi, 1997).

Freise (2003) untersucht den Einfluss soziodemografischer Aspekte auf den Rücklauf:

- Verheiratete Patienten beteiligten sich häufiger an einer Befragung.
- Katholische und konfessionslose Patienten haben eine überdurchschnittliche Teilnahmequote.
- Deutsche Patienten sind eher bereit den Fragebogen zurückzusenden.

Larrabee weist nach, dass die Patientenzufriedenheit unabhängig ist vom Aspekt Selbstzahler oder Kassenpatient, wobei Meterko zu anderen Ergebnissen kommt (Meterko, et al., 1990) (June H. Larrabee, et al., 1995).

Fazit

Zu allen klassischen Einflussfaktoren wie Alter, Geschlecht, Bildung, Einkommen, sozioökonomische Klasse, Familienstand, ethnische Zugehörigkeit und Familiengröße gibt es widersprüchliche Ergebnisse. Die bei diesen Untersuchungen benutzten statistischen Methoden stammen alle aus der klassischen Testtheorie und beziehen sich auf deskriptive oder inferenzstatistische Ansätze. Die wenigen Studien zum Krankheitsbild zeigen hier eine konsistentere Richtung: Psychische Patienten sind unzufriedener als somatisch erkrankte Patienten.

Bezug zur empirischen Fragestellung:

Die widersprüchlichen Ergebnisse, die zudem noch überwiegend aus dem englischsprachigen Raum kommen, zeigen auf, dass hier noch erheblicher Forschungsbedarf insbesondere im deutschsprachigen Raum besteht.

6.2 Intrapersonelle Einflussfaktoren

Neben den objektiven klassischen Einflussfaktoren gibt es noch personengebundene, intrapersonelle Einflussfaktoren, wie Schmerzen oder subjektives Gesundheitsempfinden. Diese stellen Einflussfaktoren dar, die in der Psyche des Patienten verankert und nicht direkt messbar sind. Dieser Aspekt ist vergleichsweise wenig untersucht. Eine Ausnahme stellen hier die subjektiven Erwartungen der Patienten dar. Dies ist wohl in der Tatsache begründet, dass die meisten Theorien zur Patientenzufriedenheit diesen Aspekt als wesentlichen Teilaspekt bei der Entstehung der Patientenzufriedenheit betrachten.

6.2.1 Schmerzmanagement

Patientenzufriedenheit ist mit wirksamem Schmerzmanagement verbunden (Hull, 1989) (Abramowitz, et al., 1987) (Meterko, et al., 1990) (June H. Larrabee, et al., 1995). Larrabee, Engle et al. (1995) untersuchen den Zusammenhang zwischen inneren Werten und wahrgenommener Qualität aus Sicht der Patienten. Die inneren Werte werden über einen prozentualen Soll- Wert bestimmt und die wahrgenommene Qualität über einen prozentualen Ist- Wert. Sie finden heraus, dass die Beurteilung der Qualität der Behandlung stark vom Thema Schmerzen beeinflusst ist.

6.2.2 Subjektiver Gesundheitszustand

Einige Autoren bemängeln, dass man die Selbstwahrnehmung des Gesundungsprozesses in vielen Studien nicht angemessen berücksichtigt (R. Fitzpatrick, 1984) (Wensing, Grol, & Smits, 1994) (Sitzia & Wood, 1997).

Andere Autoren fordern, die Schwere der Erkrankung als Risikoadjustierung für medizinische Ergebnisparameter zu nutzen (Di Palo, 1997) (Hannan, Kilburn, Racz, Shields, & Chassin, 1994).

Folgende Studien zeigen einen Zusammenhang zwischen subjektivem Gesundheitszustand und Patientenzufriedenheit auf: Je gesünder ein Patient, um so zufriedener ist er.

Tabelle 25

Zusammenhang zwischen subjektivem Gesundheitszustand und Patientenzufriedenheit

Literatur	Kurze Methodeninformation
(Clearly, et al., 1983)	Regressionsanalyse N=598, Betas von -0.14 bis -0.15, $p < 0.05$
(Carmel, 1985)	Regressionsanalyse N=476, $r = 0.30$, $p < 0.05$
(J. A. Hall, 1987)	Regressionsanalyse N=532, $r = 0.22$ $p < 0.0001$
(Cleary, et al., 1991)	Deskriptive Statistik N=6357
(Covinsky, et al., 1998)	Regressionsanalyse N=445
(Young, et al., 2000)	Regressionsanalyse N=34339 Beta=0,288

6.2.3 Erwartungen

Die Erwartungen der Patienten sind in den meisten Theorien zur Patientenzufriedenheit der zentrale Punkt, mit der die Realität verglichen wird. Die unterschiedlichen Erwartungs-, Prioritäts- oder Wichtigkeitsniveaus der Patienten müssen gemäß der Theorien (vergleiche Kapitel 4.3 und Kapitel 3.3.2) der wesentliche Einflussfaktor auf die Patientenzufriedenheit sein. Die zentrale Rolle der Erwartungen bei den Patientenzufriedenheitstheorien macht eine genauere Betrachtung dieses Konstrukts notwendig.

Empirische Befunde: niedrigere Erwartung und niedrigere Zufriedenheit

Greenley and Schoenherr (1981) stellen fest, dass Patienten mit niedrigeren Erwartungen paradoxerweise auch unzufriedener sind.

Über ein Regressionsmodell untersucht Linder-Pelz den Zusammenhang zwischen Erwartungen und Patientenzufriedenheit, aber der Betakoeffizient liegt zwischen 0,1 und 0,26 (Susie Linder-Pelz, 1982a). Thompson (1986) versucht in einer groß angelegten Studie mit mehr als 300 Items, die über 1300 Patienten ausfüllen, den

Zusammenhang zwischen Erwartung und Zufriedenheit zu ermitteln. Doch er fasst resigniert zusammen: „To conclude, therefore, we do not currently know the nature of the relationship between expectations and expressions of satisfaction“ S. 512.

Empirische Befunde: niedrigere Erwartung und höhere Zufriedenheit

Verschiedene Studien können den Einfluss der Erwartungen auf die Zufriedenheit nachweisen:

Tabelle 26

Erwartungen und Patientenzufriedenheit

Literatur	Kurze Methodeninformation	Bemerkung
(Korsch, et al., 1968)	Deskriptive Statistik N=800	Die Übereinstimmung von erlebter Leistung und erwarteter Leistung steigert die Zufriedenheit.
(J. Swan, 1985)	Pfadmodell N=184	
(Like & Zyzanski, 1987)	Regressionsanalyse N=144	
(June H. Larrabee, et al., 1995)	Regressionsanalyse N=195, Beta 0.88, p<0.1	

Begründungsansätze

Williams vermutet, dass Patienten in Form einer Selbstsozialisierung ihren eigenen Erwartungen misstrauen oder diese verändern. Ein weiterer Aspekt kann hierbei die passive Krankenrolle sein, in die sich der Patient hineinbegibt, mit der auch ein Absenken der eigenen Erwartungen verbunden sein kann, sodass hohe Zufriedenheitswerte ein Artefakt wären und der Zusammenhang zwischen Erwartungen und Zufriedenheit unbestimmt beeinflusst würde (Brian Williams, 1994).

Cleary (1988) stellt fest, dass wenig bekannt ist über die unterschiedlichen Patiententypen mit ihren verschiedenen Erwartungen. So haben manche Patienten ein ausgeprägtes Informationsbedürfnis, andere wollen lieber weniger wissen und alles in der Hand der Mediziner belassen: „Little is known, however, about which types of patients prefer different behaviors from their physicians.“ S. 30. Aharony and Strasser

bemerken, dass es wenige Studien gibt, die klären, welcher Patiententypus welche Erwartungen hat. (Aharony & Strasser, 1993).

6.2.4 Weitere intrapersonelle Aspekte

Ross, Mirowsky et al. finden heraus, dass Patienten zufriedener sind, wenn sich die soziodemografischen Aspekte von Arzt und Patient ähnlicher sind (C. E. Ross, Mirowsky, & Duff, 1982).

Fazit

Bei den intrapersonellen Einflussfaktoren ist die Forschungstiefe deutlich geringer. Es zeichnet sich aber zum Thema Schmerzmanagement und subjektiver Gesundheitszustand ein Zusammenhang ab. So ist ein besseres Schmerzmanagement und ein subjektiv besser erlebter Gesundheitszustand mit höherer Zufriedenheit verbunden. Bei den subjektiven Erwartungen der Patienten ist die Befundlage wieder sehr widersprüchlich.

Bezug zur empirischen Fragestellung:

Gerade die Erwartungen der Patienten haben bei den Theorien zur Patientenzufriedenheit eine herausragende Bedeutung, dies sollte in dieser Arbeit differenziert analysiert werden.

7 Zusammenfassung der Literaturrecherche und Darstellung der offenen Fragestellungen

Die Ausgangsfrage dieser Studie ist, welche personengebundenen Einflussfaktoren auf die Patientenzufriedenheit einwirken und ob diese Einflüsse es erforderlich machen, eine Zufriedenheitsmessung bei stationären Patienten für den deutschsprachigen Raum zu normieren. Die umfangreichen Ergebnisse der Literaturrecherche sind in diesem Kapitel zusammenfassend dargestellt, es endet mit den noch offen gebliebenen Fragestellungen. Im nächsten Kapitel erfolgt die Überführung der offenen Fragen in empirisch überprüfbare Hypothesen.

Der Patient

Bevor man sich mit den theoretischen Grundlagen und der Messung der Patientenzufriedenheit beschäftigt, ist es erst einmal notwendig, die Situation des Patienten näher zu beleuchten. Sein Rollenverständnis hat sich in den letzten 60 Jahren massiv verändert: Der passive, von Ärzten und Krankenhaus abhängige Patient entwickelt sich über den „Kunden“, hin zum Partner und Co-Produzent der Leistungserbringung.

Die Veränderung im Rollenverständnis des Patienten bewirkt ein vermehrtes Interesse der Leistungserbringer an der Meinung des Patienten. Beim passiv abhängigen Patienten, der den Weisungen des Arztes Folge leisten soll, werden Fragestellungen im Bereich der Complianceforschung interessant. Beim Kunden wiederum interessiert auch seine Zufriedenheit mit der Leistung. Dieser Wandel hat damit auch direkten Einfluss auf die Zufriedenheitsforschung.

Das Krankenhaus

Diese Studie fokussiert sich auf stationäre Patienten. Der Krankenhaussektor selbst hat in den letzten Jahrzehnten massive Veränderungen erfahren, die wesentlich den Umfang und die Art der Beschäftigung mit dem Thema Patientenzufriedenheit

beeinflussen. Er ist konfrontiert mit einem enorm gewachsenen ökonomischen Druck und einem politisch gewollten Wettbewerb zwischen Kliniken. Diese Veränderungen forcieren das Interesse an der Meinung der Patienten, denn Wettbewerb bedeutet auch Wettbewerb um den Patienten. Patientenzufriedenheitsmessungen erfahren in einem wettbewerbsorientierten Krankenhausbereich eine gesteigerte Nachfrage, die wiederum auch die Forschung vorantreibt.

Der politisch gewollten Ökonomisierung des Krankenhausbereiches steht eine gesetzlich verankerte Qualitätssicherung und ein Qualitätsmanagement gegenüber, damit der Patient nicht als schwächstes Glied in der Kette leiden muss.

Das Qualitätsmanagement

Qualitätssicherung und Qualitätsmanagementsysteme haben sich zum Schutz der Patienten etabliert, der zentrale inhärente Bestandteil dieser Qualitätsbemühungen ist die Patientenorientierung. Patientenzufriedenheit ist der zentrale Ergebnisparameter im Qualitätsmanagement, das die Leistung eines Krankenhauses definiert. Patientenzufriedenheitsmessungen rücken somit in den Fokus des Krankenhausesektors und werden nicht mehr in Frage gestellt.

Das im Qualitätsmanagement gewünschte externe Benchmarking, forciert die Forschungsaktivitäten zur Risikoadjustierung der Patientenzufriedenheit bezüglich soziodemografischer und institutioneller Aspekte. Fragestellungen im Bereich der personen- gebundenen Einflussfaktoren rücken somit in den Vordergrund.

Die allgemeine Zufriedenheitsforschung

Die theoretischen Wurzeln der Patientenzufriedenheit liegen im Bereich der allgemeinen Zufriedenheitsforschung. Obwohl diese auf eine lange Forschungstradition zurückblicken kann, beginnt auch hier erst in den 80er Jahren eine vermehrte Beschäftigung in der Literatur mit diesem Thema. Dieser späte Beginn zieht

konsequenterweise Verzögerungen im Bereich der Theorienbildung bei der Patientenzufriedenheit nach sich.

Zufriedenheit definiert sich als Ergebnis des Vergleichsprozesses zwischen einem Ist-Zustand und einem Soll- Zustand. Die Ist- Komponente der Zufriedenheit wird als die subjektive Realität der Person angesehen.

Bei den Zufriedenheitstheorien dominiert das Disconfirmation- Modell. Es geht von einem Ist- Soll- Vergleich aus, der dann in einen kognitiven/ affektiven Bewertungsprozess mündet.

Die Soll- Komponente der Zufriedenheit ist der wesentliche personengebundene Aspekt der Zufriedenheit, da jeder Mensch andere Erwartungen, Ansprüche und Prioritäten hat. Aber auch die Wahrnehmung des subjektiven Ist- Zustands hat zum Teil personengebundene Gesichtspunkte, da Wahrnehmungsverzerrungen, z. B. durch das Alter, bedingt sein können. Letztlich unterliegen auch die Verarbeitungsprozesse, die zur Bewertung der Ist- Soll- Differenz führen, individuellen Komponenten, wie die Dissonanztheorie verdeutlicht.

Die Patientenzufriedenheitsforschung

Das mehrdimensionale Konstrukt Patientenzufriedenheit ist definiert als Ergebnis des Abgleichs zwischen Erwartung und subjektivem Erleben der Situation. Die dominierende implizit oder explizit verwendete Theorie zur Patientenzufriedenheit ist die Diskrepanztheorie, die dem Disconfirmation- Modell der allgemeinen Zufriedenheit entspricht. Alle Theorien definieren die Erwartungen als den wesentlichen personengebundenen Einflussfaktor auf die Patientenzufriedenheit.

Obwohl die Forschung zur Patientenzufriedenheit eine lange Tradition hat, gibt es immer noch kein eigenes theoretisches Fundament. Erste Studien gibt es im anglo-amerikanischen Raum bereits in den 50er Jahren, in Deutschland beginnt die Auseinandersetzung mit diesem Thema jedoch erst in den 90er Jahren. Aktuell liegt der Fokus der Forschung auf der Evaluation ganzer Gesundheitssysteme und Teilaspekte der Gesundheitsversorgung. Dies kann aber nur erfolgen, wenn Patientenzufrieden-

heitsmessungen bereinigt sind um personengebundene Einflussfaktoren. Nur wenn zwischen den individuellen durch die Leistungserbringer nicht beeinflussbaren Faktoren und der institutionellen Einflussebene unterschieden werden kann, ist eine echte Beurteilung der Einrichtungsleistung möglich. Die Klärung der Fragestellung, ob und welche personengebundene Einflussfaktoren das Urteil der Patienten beeinflussen, bekommt somit ein besonderes Gewicht.

Die Patientenzufriedenheitsmessung

Patientenzufriedenheitsmessung im stationären Bereich ist lange Zeit umstritten und die Validität der Erfassung wird bezweifelt. Doch inzwischen haben zahlreiche Studien sowohl die Validität, als auch die Reliabilität der Messung bestätigt. Eine wichtige Voraussetzung für die Überprüfung des Einflusses personengebundener Einflussfaktoren ist somit gegeben. Denn Ergebnisse sind nur dann zu interpretieren, wenn die Daten mittels valider und reliabler Fragebögen erhoben werden, andernfalls hätte sich die Überprüfung der Fragestellung erübrigt, da Ergebnisse nur durch zufällige Schwankungen begründet wären.

Patientenbefragungen sind mit einer Reihe methodischer Besonderheiten verbunden. So ist bei den Zufriedenheitsfragen auf eine angemessene Skalierung zu achten. Es empfiehlt sich über der Antwortmöglichkeit „sehr gut“ eine weitere zu installieren, wie zum Beispiel „exzellent“ oder „das Beste“. Nur so erhalten die Items und damit auch die Skalen die notwendige Sensitivität, um Unterschiede bei den personengebundenen Einflussfaktoren zu entdecken.

Forschungsergebnisse zeigen auf, dass Fragebögen zur Patientenzufriedenheit spezifisch für einzelne Länder zu entwickeln sind. Übertragungen von Instrumenten von einem Land in ein anderes erweisen sich als problematisch, besonders wenn man dabei Sprachgrenzen überschreitet. Auch der länderübergreifende Transfer von Forschungsergebnissen bedarf der vorherigen Überprüfung. Um voreilige Generalisierungen zu vermeiden ist eine kulturkreisspezifische Interpretation empfehlenswert. Der eingesetzte Fragebogen muss konsequenterweise im deutschsprachigen Raum

entwickelt werden und der potentielle Einfluss personengebundener Faktoren auf die Zufriedenheit muss bei deutschsprachigen Patienten untersucht werden.

Um Methodenartefakte oder Methodenbias zu vermeiden, bzw. kontrollieren zu können, sind die Daten mittels Verfahren der Klassischen und der Probabilistischen Testtheorien zu untersuchen. Die Probabilistische Testtheorie ist inzwischen zwar im englischsprachigen Raum bei der Patientenzufriedenheitsforschung fest etabliert, die Verbreitung ist jedoch eher gering. Gerade bei der Fragestellung des Einflusses personengebundener Faktoren gibt es nur wenige Studien, welche die Probabilistische Testtheorie nutzen, aber dann zu anderen Ergebnissen kommen, als Arbeiten, die nur auf Verfahren der Klassischen Testtheorie beruhen. Dies legt den Schluss nahe, Methoden der Probabilistischen Testtheorie auch auf diese Fragestellung anzuwenden.

Die personengebundenen Einflussfaktoren auf die Patientenzufriedenheit

Bei den personengebundenen Einflussfaktoren unterscheidet man zwischen klassischen und intrapersonellen. Zu allen klassischen Einflussfaktoren, wie Alter, Geschlecht, Bildung, Einkommen, sozioökonomische Klasse, Familienstand, ethnische Zugehörigkeit und Familiengröße, liegen widersprüchliche Ergebnisse vor.

Bei den intrapersonellen Einflussfaktoren ist die Forschungstiefe deutlich geringer. Bei den subjektiven Erwartungen der Patienten ist die Befundlage sehr widersprüchlich, was in Anbetracht der Bedeutung dieses Themas bei der Theorienbildung von besonderem Interesse ist.

Die bei diesen Untersuchungen benutzten statistischen Methoden basieren fast alle auf den Verfahren der Klassischen Testtheorie oder der Deskriptiven Statistik. Für den deutschsprachigen Raum gibt es keine übergreifende Untersuchung zu den personengebundenen Einflussfaktoren und zur Notwendigkeit der Normierung der Patientenzufriedenheitswerte.

Die Literaturanalyse zeigt, dass im Kontext von personengebundenen Einflussfaktoren auf die Zufriedenheit stationärer Patienten in Deutschland drei wesentliche Fragestellungen noch bearbeitet werden müssen.

Die offenen Fragestellungen:

- F1** Welche personengebundenen Einflussfaktoren auf die Patientenzufriedenheit sind so stark, dass diese im deutschsprachigen Raum für den stationären Bereich einer Normierung bedürfen?
- F2** Können probabilistische Methoden und Verfahren die personengebundenen Einflussfaktoren auf die Patientenzufriedenheit besser identifizieren?
- F3** Ist die Erwartung der Patienten als zentrales Konzept der Patientenzufriedenheitstheorien der stärkste Einflussfaktor auf deren Zufriedenheit?

8 Hypothesenbildung

Die bisherigen Publikationen zu soziodemografischen Einflussfaktoren auf die Patientenzufriedenheit verwenden überwiegend Verfahren der Klassischen Testtheorie und konzentrieren sich inhaltlich auf die klassischen Einflussfaktoren. Eine genauere Betrachtung der Studienlage zeigt, dass die Ergebnisse widersprüchlich sind und die Veröffentlichungen vorzugweise aus dem englischsprachigen Raum stammen, was eine Übertragung der Ergebnisse auf Deutschland erschwert, wenn nicht gar ausschließt.

Die Klärung der Fragestellung, ob und in welchem Umfang sowohl klassische als auch intrapersonelle, personengebundene Faktoren einen Einfluss auf die Zufriedenheit stationärer Patienten in Deutschland haben, ist auf mehreren Ebenen von wissenschaftlichem Interesse:

1. Die bisherige Befundlage ist ausgesprochen widersprüchlich.
2. Es werden überwiegend Verfahren der Klassischen Testtheorie verwendet und es fehlt die gleichwertige Integration der Methoden der Probabilistischen Testtheorie.
3. Im deutschsprachigen Raum gibt es keine Studie, die diese Fragestellung umfassend bearbeitet.
4. Die Forschungsgruppe Metrik als Anbieter von stationären Patientebefragungen hat ein Interesse an der Klärung der Fragestellung, inwieweit Normierungen der eigenen Daten aufgrund von personengebundenen Faktoren notwendig sind.

Dies führt in der Verbindung mit den offenen Fragestellungen am Ende des letzten Kapitels zu den nachfolgenden Hypothesen.

8.1 Hypothese 1a (H1a) und Hypothese 1b (H1b)

Ausgehend von der ersten offenen Fragestellung:

F1 Welche personengebundenen Einflussfaktoren auf die Patientenzufriedenheit sind so stark, dass diese im deutschsprachigen Raum für den stationären Bereich einer Normierung bedürfen?

lässt sich folgende Hypothese formulieren:

H1a: Auf die Patientenzufriedenheit haben folgende personengebundene Faktoren einen Einfluss:

1. Klassische Einflussfaktoren:

- Alter
- Geschlecht
- Krankheitsbild / Fachabteilung und Somatik versus Psychiatrie
- Bildung
- Einkommen
- Sozioökonomische Klasse
- Familiensituation
- Kulturelle Unterschiede und ethnische Zugehörigkeit

2. Intrapsychische Einflussfaktoren:

- Schmerzmanagement
- Subjektiver Gesundheitszustand

Zur statistischen Testung der Hypothese **H1a** wird über Regressionsanalysen (siehe Kapitel 9.2) der erklärte Anteil (r^2) der personengebundenen Einflussfaktoren als unabhängige Variable (operationalisiert in Kapitel 12.4) auf die Patientenzufriedenheit ermittelt. Diese wird durch einen Fragebogen der Forschungsgruppe Metrik (vergleiche Kapitel 11) erfasst. Dabei findet eine Überprüfung sowohl des Einflusses auf die Skalen als auch auf die Einzelfragen statt. Die Themengebiete entstehen ausschließlich mittels Methoden der Klassischen Testtheorie (vergleiche Kapitel 9.1.1).

Aus der Fragestellung **F1** ergibt sich noch eine weitere Hypothese, die sich auf die Stärke des Einflusses bezieht:

H1b: Personengebundene Einflussfaktoren haben bei Verwendung der Verfahren der Klassischen Testtheorie einen geringen Erklärungsanteil bei der Zufriedenheit stationärer Patienten in Deutschland.

Zur Überprüfung der Hypothese **H1b** wird die Effektgröße (vergleiche Kapitel 9.6.1) des erklärten Anteils (r^2) der Regression ermittelt. Es wird ein kleinerer Wert erwartet.

8.2 Hypothese 2 (H2)

Ausgehend von der zweiten offenen Fragestellung:

F2 Können probabilistische Methoden und Verfahren die personengebundenen Einflussfaktoren auf die Patientenzufriedenheit besser identifizieren?

ergibt sich eine Hypothese:

H2: Durch die Integration der Verfahren der Probabilistischen Testtheorie haben die personengebundenen Einflussfaktoren auf die Zufriedenheit stationärer Patienten in Deutschland einen höheren Erklärungsanteil.

Zur statistischen Testung der Hypothese **H2** wird, wie bei **H1a** über Regressionsanalysen (s. Kapitel 9.2) der erklärte Anteil (r^2) der personengebundenen Einflussfaktoren auf die Patientenzufriedenheit ermittelt. Die Skalen werden diesmal jedoch über die Probabilistische Testtheorie gebildet und als abhängige Variable wird die Personenfähigkeit der Patienten verwendet, die mittels Probabilistischer Testtheorie berechnet wird. Die Untersuchung des Einflusses auf Einzelfragen erfolgt mittels Differential Item Functioning (Kapitel 9.4), das die Methoden der Probabilistischen Testtheorie integriert. Der Anteil der erklärten Varianz r^2 müsste größer sein, als bei ausschließlicher Verwendung von Verfahren der Klassischen Testtheorie, da die Probabilistische Testtheorie ordinale Skalenniveaus integriert hat und bei der Berechnung der Personenfähigkeiten diese sich dann auf Intervallskalenniveau befinden (vergleiche Kapitel 9.1.2.3). Die Voraussetzungen für die Regressionsanalysen sind somit perfekt gegeben und müssen nicht, wie bei der Verwendung der Klassischen Testtheorie, postuliert werden.

8.3 Hypothese 3 (H3)

Die dritte offene Fragestellung:

F3 Ist die Erwartung der Patienten als zentrales Konzept der Patientenzufriedenheitstheorien der stärkste Einflussfaktor auf deren Zufriedenheit?

führt zu folgender Hypothese:

H3: Die Erwartungen der Patienten haben einen starken Einfluss auf die Zufriedenheit stationärer Patienten in Deutschland.

Die Diskrepanztheorie geht davon aus, dass Patienten mit gleicher wahrgenommener Leistung aber unterschiedlicher Erwartung verschiedene Zufriedenheitsniveaus haben (vergleiche Kapitel 4.3.1). Patienten mit hohen Erwartungen sind dann unzufriedener als Patienten mit niedrigerer Erwartung. Zur statistischen Testung der Hypothese wird der Einfluss der Patientenerwartung auf deren Zufriedenheit ermittelt, wobei die Patienten bezüglich deren wahrgenommener Leistungen adjustiert werden müssen. Die Operationalisierung der Erwartung erfolgt über die Wichtigkeit, die die Patienten für ein Themengebiet angeben (vergleiche Kapitel 13.2.1). Die Adjustierung erfolgt über erlebte Situationen, von denen die Patienten berichten (siehe Kapitel 5.5.1), d.h. Patienten mit gleichartigen wahrgenommenen Situationen werden in einer Gruppe zusammengefasst. So sollte die Patientengruppe, die berichtet, dass sie z. B. keine notwendige Hilfe durch Pflegekräfte bekommen und denen die pflegerische Versorgung besonders wichtig ist, eine niedrigere Zufriedenheit mit der pflegerischen Versorgung äußern, als Patienten, die eine vergleichbare Situation erlebt haben, denen aber die pflegerische Versorgung nicht so wichtig ist.

Innerhalb der zur Adjustierung gebildeten Patientengruppen wird eine Regressionsanalyse gerechnet (s. Kapitel 9.2), mit der skalenspezifischen Erwartung als unabhängige Variable und der skalenspezifischen Zufriedenheit als abhängige Variable. Die Effektgröße der erklärten Varianz (r^2) sollte mindestens mittlere Stärke aufweisen.

9 Methodischen und statistische Verfahren

Dieses Kapitel bietet für den interessierten Leser einen kurzen Überblick über die in dieser Studie verwendeten statistischen Verfahren, Methoden und Hintergründe. Es würde den Rahmen der Arbeit sprengen die Methoden in Gänze zu erläutern, dem interessierten Leser ermöglicht die weiterführende Literatur eine differenzierte Beschäftigung mit den Themengebieten.

9.1 Testtheorien

Es gibt zwei testtheoretische Ansätze, die für die Entwicklung und Optimierung von Fragebögen verwendet werden:

1. Klassische Testtheorie
2. Probabilistische Testtheorie

Die beiden Ansätze beschreibt die Literatur oft als sich ausschließende Verfahren, Bortz und Döring fassen den Unterschied folgendermaßen zusammen: „Die klassische Testtheorie betrachtet ein Testergebnis unmittelbar als (meßfehlerbehaftete) Merkmalsausprägung, während die probabilistische Testtheorie davon ausgeht, daß Testergebnisse lediglich Indikatoren latenter Merkmale oder Verhaltensdispositionen sind.“ (D. J. Bortz & Döring, 1995) S. 191. Andere Autoren sehen jedoch eher sich ergänzende Theorien (Rost, 2004) S. 12.

Zum besseren Verständnis folgt eine kurze Skizzierung beider Theorien.

9.1.1 Klassische Testtheorie

Die Klassische Testtheorie ist gegenwärtig die Grundlage der meisten psychologischen Testverfahren (Rost, 1999). Sie beschäftigt sich mit gemessenen Testwerten und ihre Theorien sind Messmodelle, die wie jedes Messmodell auf Annahmen basiert, die in der konkreten Anwendung aber auch falsch sein können. Die Klassische Testtheorie

handelt ihre zentralen Begrifflichkeiten, wie „wahrer Wert“, Fehler und Reliabilität, ab (Steyer & Eid, 2001) S. 99 ff.

Die fünf Grundannahmen der Klassischen Testtheorie lauten:

1. Ein Testergebnis setzt sich zusammen aus dem „wahren Wert“ und dem Messfehler.
2. Der Mittelwert der Messfehler ist Null.
3. Wahrer Wert und Messfehler sind unkorreliert.
4. Messfehler und weitere Merkmale des Merkmalsträgers sind unkorreliert.
5. Die Messfehler verschiedener Testanwendungen sind unkorreliert.

Der interessierte Leser findet bei (D. J. Bortz & Döring, 1995) S. 189 ff. vertiefende Informationen.

Testgütekriterien und Normierung

In der Klassischen Testtheorie lassen sich drei Testgütekriterien definieren, anhand deren man die Qualität eines Tests festmachen kann:

1. Objektivität (Unabhängigkeit des Testergebnisses vom Testleiter - vergleiche Kapitel 5.2)
2. Reliabilität (Zuverlässigkeit der Messung – vergleiche Kapitel 5.4)
3. Validität (Misst der Test, das was er vorgibt zu messen? – vergleiche Kapitel 5.3)

(D. J. Bortz & Döring, 1995) S. 180 ff. (Weiterführende Informationen eben da.)

Rost führt aus, dass es neben den drei klassischen Gütekriterien noch ein viertes eher pragmatisches Kriterium gibt: die Normierung. Normierung liegt dann vor, wenn es Vergleichsdaten zur Gesamtpopulation oder zu Teilpopulationen gibt, die es ermöglichen, Einzelergebnisse zu interpretieren. Fehlinterpretationen aufgrund unterschiedlicher Werte in verschiedenen Referenzgruppen (z. B. durch Alter oder Geschlecht definiert) lassen sich so vermeiden und die Interpretation wird objektiver. Aber er warnt auch vor einer Überbewertung der Normierung, da es zahlreiche Tests oder Fragestellungen gibt, die keine Normierung benötigen und sie hat keinen Bezug zu den drei anderen Testgütekriterien (Rost, 2004) S. 41 f.

Fazit

Die Klassische Testtheorie ist die Konstruktionsgrundlage bei den meisten psychologischen Testverfahren und basiert auf fünf Grundannahmen, die teilweise nicht überprüfbar sind. Sie hat drei Testgütekriterien hervorgebracht: Objektivität, Reliabilität und Validität. Als viertes pragmatisches Kriterium bezeichnet man die Normierung, die aber nicht überall notwendig ist und keine Beziehung zu den anderen Gütekriterien hat.

Die Verfahren der Klassischen Testtheorie sind ein Weg, mit dem im Ergebnissteil (Kapitel 14) die Prüfung der Notwendigkeit der Normierung erfolgt.

9.1.2 Probabilistische Testtheorie

Die Probabilistische Testtheorie (im englischsprachigen Raum: Item Response Theory) geht auf die Arbeit von Rasch (1960) zurück. Sie bietet erweiterte Möglichkeiten der Testung von Modellen und basiert auf anderen Grundannahmen als die Klassische Testtheorie. Ihre Grundzüge und die dazugehörigen Verfahren werden hier skizzenhaft dargestellt.

Die Probabilistische Testtheorie beschäftigt sich mit der Frage, wie Antworten und Antwortmuster beim Ausfüllen von Items zustande kommen. Sie geht davon aus, dass eine latente Variable das Ankreuzverhalten probabilistisch steuert.

Mittels der Probabilistischen Testtheorie ist es möglich, dichotome, nominale und ordinale Daten zu verarbeiten. Es lassen sich dabei quantitative (vergleiche Kapitel 9.1.2.1 und 9.1.2.2) und qualitative (klassifizierende) Verfahren (vergleiche Kapitel 9.1.2.3) unterscheiden.

Die quantitativen Verfahren gehen von der Annahme aus, dass die Antwortmuster einem spezifischen Modell folgen, je nach Datenqualität und Annahmen unterscheidet man zwischen verschiedenen Modellen, die nachfolgend kurz dargestellt werden.

9.1.2.1 Rasch- Modell und mehrparametrische Verfahren

Die folgenden Modelle beziehen sich auf dichotome Fragen.

Das Rasch- Modell

Das erste Modell entwickelt Rasch 1960, in dem er Lösungswahrscheinlichkeiten bei dichotomen Items untersucht (Rasch, 1960). Er geht davon aus, dass die Lösungswahrscheinlichkeit eines Items von der Personenfähigkeit und Schwierigkeit des Items abhängt, wobei der Zusammenhang probabilistisch ist. Diese Trennung von Personenfähigkeit und Itemschwierigkeit, stellt einen grundsätzlich neuen Ansatzpunkt dar. Eine weitere Annahme ist, dass die Antwort der untersuchten Fragen durch eine einzige latente Variable (Fähigkeit der Personen) bestimmt ist. Das Antwortverhalten bei allen untersuchten Items (es müssen mindestens zwei sein) wird also durch genau diese eine latente Eigenschaft verursacht (Bühner, 2006) S. 300 ff. Man spricht in einem solchen Fall von Personen- und Itemhomogenität, d. h. alle Items beziehen sich auf dieselbe latente Variable und bei allen Personen wird dieselbe latente Variable auch gemessen.

Im Rasch- Modell wird davon ausgegangen, dass die Lösungswahrscheinlichkeit der dichotomen Items einer Ogivenform folgt:

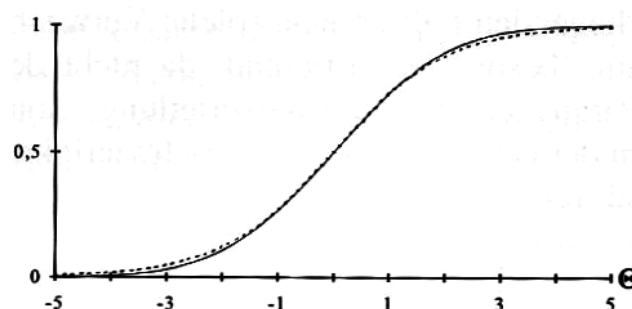


Abbildung 19 Itemfunktion (Rost, 2004) S. 115

Auf der x- Achse ist die Personenfähigkeit abgebildet und auf der y-Achse die Lösungswahrscheinlichkeit. Ein solcher Verlauf ist in der Psychologie durchaus plausibel (Rost, 2004) S. 115.

Im Rasch- Modell haben alle Itemfunktionen dieselbe Steigung (Tangentensteigung im Wendepunkt) und unterscheiden sich nur durch ihre Schwierigkeit (x- Achsen Abschnitt des Wendepunkts). Je weiter eine Kurve rechts liegt, um so größer ist die Itemschwierigkeit, da man eine höhere „Fähigkeit“ benötigt dieses Item zu lösen. Bildlich sieht dies folgendermaßen aus (die Schwierigkeit wird hier mit θ (σ) gekennzeichnet):

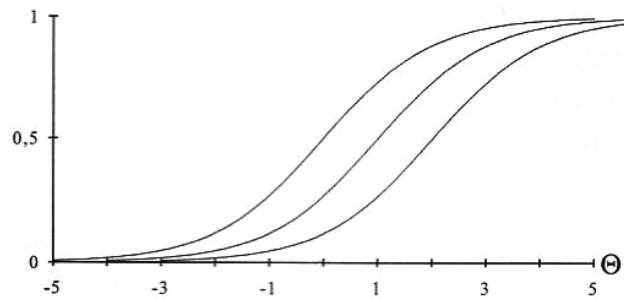


Abbildung 46: Die Itemfunktionen von drei Items mit den Parametern $\sigma_1 = 0$, $\sigma_2 = 1$ und $\sigma_3 = 2$.

Abbildung 20 Itemfunktionen (Rost, 2004) S. 120

Mehrparametrische Modelle

In der Item Response Theory werden die Erweiterungen des Raschmodells zusammengefasst. Man bezeichnet sie auch als mehrparametrische Modelle, bei denen Parameter, wie unterschiedliche Trennschärfen, Ratewahrscheinlichkeit oder ordinale Antwortkategorien, in das Modell integriert sind.

Das Birnbaummodell oder auch zweiparametrische Modell genannt, geht von unterschiedlichen Trennschärfen (Steigungen der Itemfunktionen im Wendepunkt) und Itemschwierigkeiten (wie schon das Rasch- Modell) aus, wie dies die nachfolgende Grafik verdeutlicht:

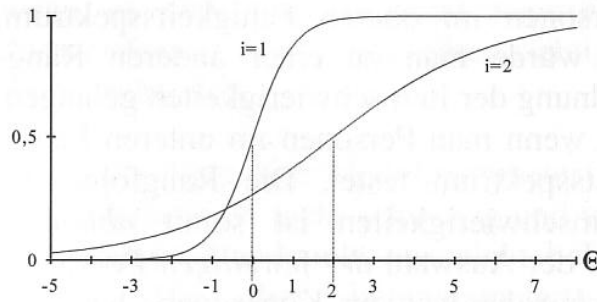


Abbildung 50: Zwei Itemfunktionen des zweiparametrischen Modells mit $\beta_1 = 2.0$, $\sigma_1 = 0$, $\beta_2 = 0.5$ und $\sigma_2 = 2.0$

Abbildung 21 Birnbaummodell (Rost, 2004) S. 133

Bei dreiparametrischen Modell wird die Ratewahrscheinlichkeit noch integriert.

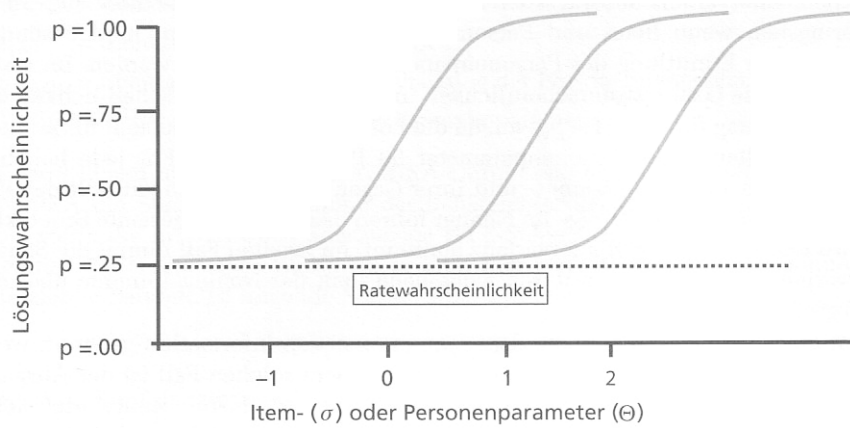


Abbildung 22 Dreiparametrisches Modell inklusive Ratewahrscheinlichkeit (Bühner, 2006) S. 323

Der interessierte Leser sei hier auf (Rost, 2004) S. 96 ff verwiesen.

Fazit

Die Probabilistische Testtheorie beschäftigt sich mit der Frage, wie Antwortmuster zustande kommen. Grundannahme ist dabei, dass eine latente Variable das Ankreuzverhalten probabilistisch steuert. Die Lösungswahrscheinlichkeit eines Items folgt dabei einer Ogivenform. Das Rasch- Modell geht von der Annahme aus, dass sich die Items nur in ihrer Schwierigkeit unterscheiden. Spätere Verfahren beziehen hier auch noch die Trennschärfe und die Ratewahrscheinlichkeit mit ein.

9.1.2.2 Ordinale Rasch- Modelle/ Partial- Credit- Modelle

Anfangs beschäftigt sich die Probabilistische Testtheorie mit dichotomen Items, doch es folgt bald die Erweiterung auf ordinale Items (D. Andrich, 1978a) (D Andrich, 1978b) (Masters & Wright, 1984). Die Gruppe der ordinalen Rasch- Modelle, auch Partial- Credit- Modelle genannt, benötigen jedoch weitere Begriffe, die zum Verständnis der Modelle notwendig sind. Diese werden im Folgenden kurz beschrieben.

Je nach Fähigkeit (was in diesem Kontext als bevorzugte Antwortkategorie interpretiert werden muss) hat eine Person für jede Antwortmöglichkeit eine unterschiedliche Wahrscheinlichkeit diese auszuwählen. Die Kategorienfunktion eines vierstufigen Items kann zum Beispiel so aussehen:

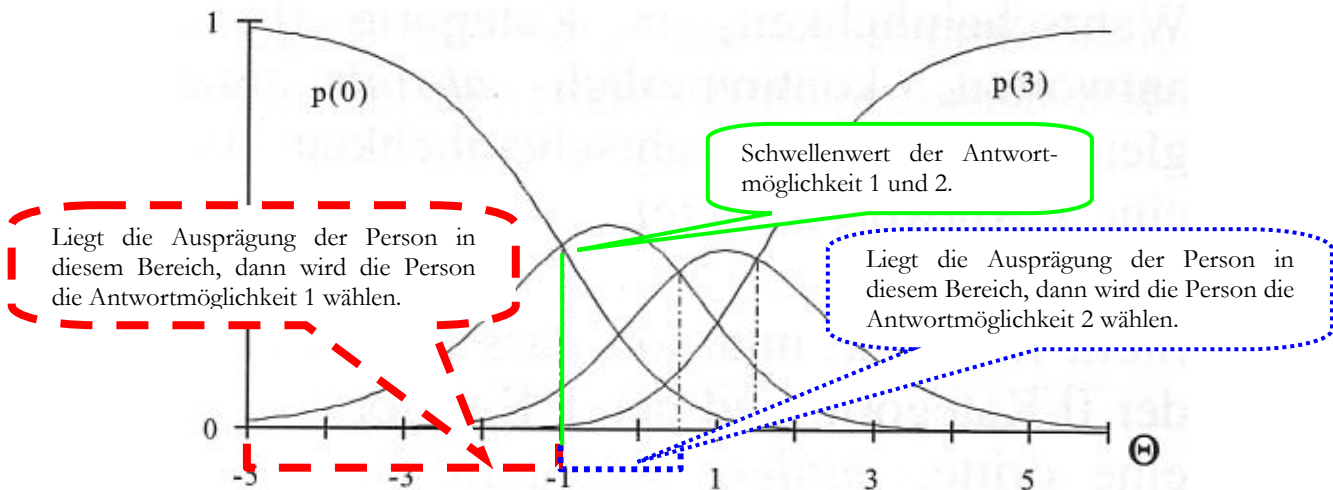


Abbildung 23 Kategorienfunktion modifiziert nach (Rost, 2004) S. 204

Die Schnittpunkte der einzelnen Kurven stellen die Schwellenwerte dar; hat eine Person eine Ausprägung, die genau am Schwellenwert liegt, ist die Wahrscheinlichkeit genau 50% zu 50% sich für die obere oder die untere Kategorie zu entscheiden. Die Schwellenwerte müssen geordnet sein, wenn ein ordinales Rasch- Modell vorliegen soll. Ist dies nicht der Fall, wie in dem folgenden Beispiel, dann liegt kein ordinales Skalenniveau vor:

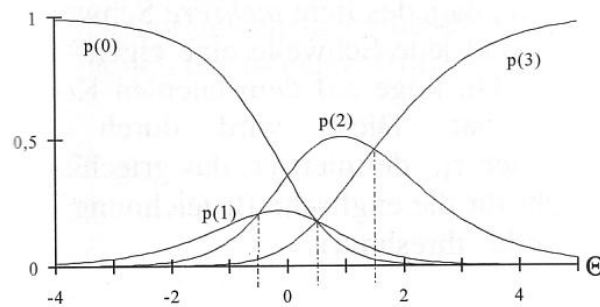


Abbildung 24 ungeordnete Schwellen (Rost, 2004) S. 205

Man kann den Zusammenhang anhand eines einfachen Beispiels versuchen deutlich zu machen. Wenn man die latente Variable „Anziehungskraft von Schokolade“ untersuchen will, so kann man sich diese „Eigenschaft“ als kontinuierliche „Fähigkeit“ einer Person vorstellen, die man versucht über folgende zwei Fragen mit ordinalem Antwortschema zu erfassen:

A. Ich esse gerne:

1. Vanilleeis
2. Stracciatellaeis
3. Schokoladeneis
4. Schokoladeneis mit Schokostücken

A. Ich esse:

1. gar keine Schokolade
2. Weiße Schokolade
3. Vollmilchschokolade
4. Zartbitterschokolade

Personen, die gerne Schokolade essen, wählen wahrscheinlich vorwiegend die Antwort 3 aus und nur ab und zu die 2 oder die 4, Personen, die keine Schokolade mögen, entscheiden sich im Regelfall für die Antwort 1 und nur ganz selten für die 2.

Folgende Grafik veranschaulicht den Zusammenhang:

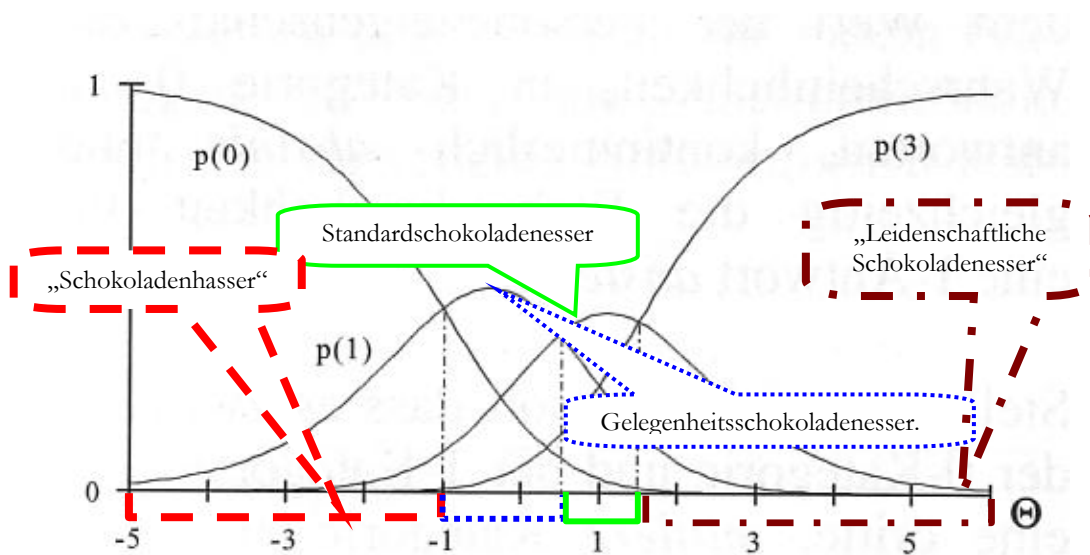


Abbildung 25 Kategorienfunktion modifiziert nach (Rost 2004) S. 204

Wenn, wie in diesem Fall, die Schwellen geordnet sind, dann handelt es sich um eine ordinale Antwortskala. Beide Fragen erfassen die gleiche latente Variable „Anziehungskraft von Schokolade“. Für jede Person kann eine „Personenfähigkeit“ errechnet

werden, die ihre individuelle Affinität zu Schokolade darstellt und der Abstand der Schwellen gibt an, welchen Bereich die Antwortkategorien bei dieser Fähigkeit abdecken.

Neben dem unrestringierten ordinalen Rasch- Modell gibt es Untermodelle, die jeweils eigene Annahmen bezüglich der Schwellenwerte treffen, die nachfolgend dargestellt sind:

Ratingskalen- Modell

Das Ratingskalen- Modell geht davon aus, dass die Abstände der Schwellenparameter zwischen den Items immer gleich sind.

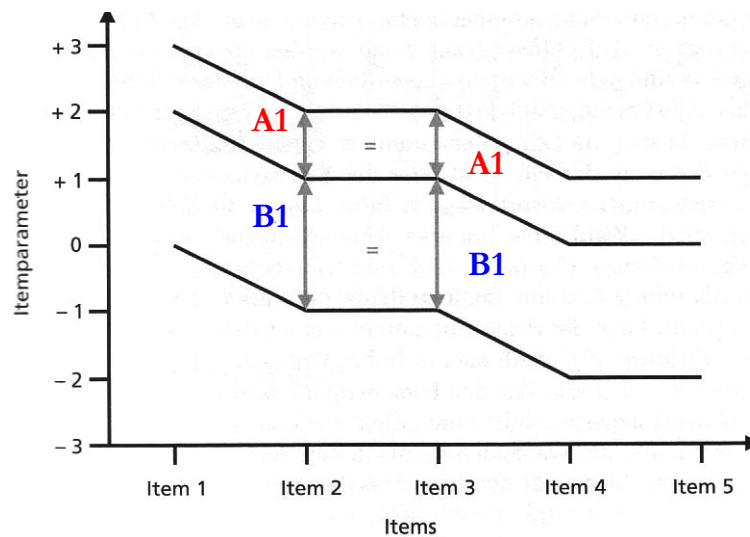


Abbildung 26 Abstände der Schwellenparameter im Ratingskalen- Modell (Bühner, 2006) S. 331

Äquidistanz- Modell

Das Äquidistanz- Modell geht davon aus, dass die Abstände der Schwellenparameter zwischen den Items und innerhalb der Items immer gleich sind.

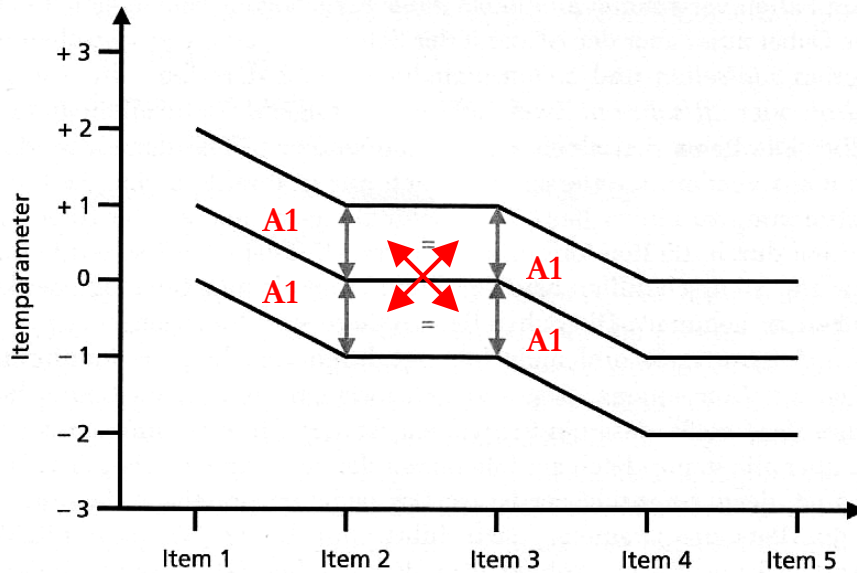


Abbildung 27 Schwellenparameter im Äquidistanz- Modell modifiziert nach (Bühner, 2006) S. 332

Dispersionsmodell

Das Dispersionsmodell geht davon aus, dass die Verhältnisse der Schwellenparameter innerhalb der Items für alle Items gleich sind. Ist beim ersten Item der Abstand zwischen Schwelle 1 und 2 kleiner als der Abstand zwischen Schwelle 2 und 3 dann gilt dies auch für alle weiteren Items.

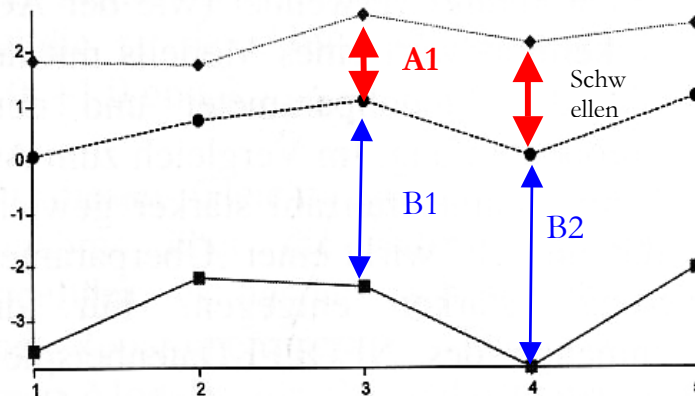


Abbildung 28 Schwellenabstände beim Dispersionsmodell modifiziert nach (Rost, 2004) S. 219

Dies bedeutet A1 verhält sich zu B1 wie A2 zu B2.

Der erfolgreiche Nachweis des Äquidistanz- Modells bedeutet, dass ein metrisches Skalenniveau vorliegt und die Antwortkategorie nicht mehr wie beim Ratingskalen- oder Dispersionsmodell nur ein ordinales Skalenniveau besitzt.

Der interessierte Leser findet bei (Bühner, 2006) S. 300 ff und bei (Rost, 2004) S. 201 ff eine gute Übersicht zu diesem Thema.

Fazit

Die Probabilistische Testtheorie wird auf ordinale Items erweitert. Der Schwellenwert entwickelt sich zum zentralen Begriff innerhalb dieser Modellgruppe. Es gibt neben dem unrestringierten Partial- Credit- Modell drei weitere, die mit jeweils unterschiedlichen Annahmen arbeiten:

1. Ratingskalen- Modell
2. Äquidistanz- Modell
3. Dispersionsmodell

Beim Nachweis des Äquidistanz- Modells handelt es sich nicht mehr um ein ordinales, sondern um ein metrisches Skalenniveau.

Das Ratingskalen- Modell dient in dieser Studie zur Überprüfung des Skalenniveaus der Fragen des Patientenzufriedenheitsfragebogens und zu dessen Konstruktvalidierung (Kapitel 12.2).

9.1.2.3 Weitere Aspekte der Probabilistischen Testtheorie

Klassenanalyse und Probabilistische Testtheorie

Die Probabilistische Testtheorie ermöglicht es mittels qualitativer (klassifizierender) Verfahren Personen anhand ihres Antwortmusters in verschiedene Klassen einzuteilen. Die Zuordnung zu einer Klasse bedeutet, dass die Personen aus dieser Klasse aufgrund ein und derselben latenten Eigenschaft die Antworten angekreuzt haben. Die Personeneigenschaft (-fähigkeit) ist somit kategorial. Wegen der nominalen Interpretation der

Antworten verlieren die Itemfunktionen ihre Bedeutung und statt dessen wird über Itemprofile die inhaltliche Interpretation der Klassen ermöglicht (Rost, 2004) S. 148 ff.

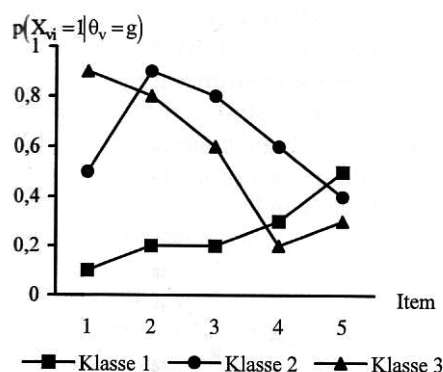


Abbildung 29 Die Itemprofile von fünf Items in drei Klassen (Rost, 2004) S. 149

Rost entwickelt eine Klassenanalyse von ordinalen Daten (Rost, 1988), so dass sich für getrennte Klassen jeweils die Schwellenparameter bestimmt lassen und die ordinale Struktur der Daten überprüfbar sind (Rost, 2004) S. 226 ff. Dies stellt somit eine Kombination von qualitativen und quantitativen Verfahren dar.

Modellgeltungstests

Mittels der Probabilistischen Testtheorie lassen sich die Parameter wie Itemschwierigkeit, Trennschärfe und Personenfähigkeit ermitteln, wobei die Personenfähigkeit sogar Differenzskalenniveau hat.

Die Passung des Modells und der Parameter auf die empirisch erhobenen Daten und die Grundannahmen der Modelle werden mittels Modellgeltungstests überprüft. Als Modellgeltungstests stehen neben grafischen Methoden Likelihood- Quotienten- Test, Pearson'schen Chi- Statistik und die Bootstrap- Methode zur Verfügung. Für interessierte Leser sei auf (Rost, 2004) S. 330 ff, (Reeve & Fayers, 2005) oder (Bühner, 2006) S. 341 ff verwiesen. Ist das Modell gültig, dann ist das Antwortverhalten bei den Items auf die latente Variable zurückzuführen und wir haben es mit einer echten Messtheorie im psychologischen Sinne zu tun (Bühner, 2006) S. 33. Dies wird auch als Kriteriumsvalidierung interpretiert, was aber nicht unumstritten ist (Bühner, 2006) S. 301.

Normierung in der Probabilistischen Testtheorie

Auch in der Probabilistischen Testtheorie besteht die Möglichkeit einen Test zu normieren. Bei den qualitativen Verfahren führt man eine z- Standardisierung der Personenfähigkeit durch, d. h. zuerst wird vom individuellen Wert der Durchschnittswert aller Personenfähigkeitswerte abgezogen und anschließend das Ergebnis durch die Standardabweichung aller Personenfähigkeitswerte geteilt. Sind die Personenfähigkeitswerte annähernd normalverteilt, dann lässt sich das Ergebnis wie ein standard-normalverteilter (z-) Wert interpretieren.

Bei klassifizierenden Verfahren kann man die Zugehörigkeit zu einer Klasse bereits als Normierung interpretieren, wobei die Größe der Klasse bei der Interpretation mit berücksichtigt werden sollte (Rost, 2004) S. 395 ff.

Nutzungsmöglichkeiten

Die Probabilistischen Testtheorien finden Anwendung bei:

- der Itemselektion (Auswahl der Items, die zu einer latenten Variablen gehören)
- der Schätzung der Itemparameter (Schwierigkeit des Items)
- dem Schätzen der Personenwerte (Fähigkeit der Person)

(Steyer & Eid, 2001) S. 217 ff, (Rost, 2004) S. 303 ff.

Zusätzlich lassen sich Rost zufolge auch einzelne Modelle auf ihre Gültigkeit hin testen (Rost, 2004) S. 330 ff. Passen die erhobenen Daten und das Modell zusammen, dann erfolgt dadurch die Bestätigung der Theorie, die hinter dem Modell liegt.

Personenfähigkeit und Patientenzufriedenheit

Die Probabilistische Testtheorie weist jeder Person eine Personenfähigkeit zu. Diese ist im Kontext dieser Studie als Zufriedenheitsausprägung der Patienten zu interpretieren.

Selbst wenn sich die Items auf ordinalen Skalenniveaus befinden, hat die Personenfähigkeit Intervallskalenniveau. Sie stellt somit einen alternativen Ansatz, neben der klassischen Mittelwertbildung, dar, um die Patientenzufriedenheit zu bestimmen.

Fazit

Die Probabilistische Testtheorie ermöglicht es, Personen gemäß ihrer Antworten in Klassen einzuteilen, daneben gibt es verschiedene Normierungsansätze und Möglichkeiten die Passung des verwendeten Modells mit den empirisch erhobenen Daten zu testen, damit bietet sie vielfältige Nutzungsmöglichkeiten bei der Testentwicklung. Die Bestimmung der Personenfähigkeit ist eine alternative Methode zur Ermittlung der Patientenzufriedenheit.

9.1.3 Vergleich zwischen Klassischer Testtheorie und Probabilistischen Testtheorien

Die Klassische Testtheorie geht von der Annahme aus, dass fehlerbehaftete Messwerte vorliegen, die weitgehend unkorreliert sein sollen. Die Existenz dieser Messwerte wird vorausgesetzt und nicht weiter hinterfragt. Die Probabilistische Testtheorie dringt hier tiefer ein, sie trifft Annahmen darüber, wie ein beobachteter Messwert in einem Test von der zu messenden Eigenschaft (latente Variable) abhängt. Insofern kann man hier von einer beiderseitigen Ergänzung der beiden Ansätze sprechen; die Klassische Testtheorie fängt da an, wo die Probabilistische Testtheorie aufhört: bei den Messwerten (Rost, 2004) S. 12. Die latente Variable ist im Sinne der Patientenzufriedenheitsmessung die Zufriedenheit mit einem spezifischen Aspekt der Gesundheitsversorgung.

Die Klassische Testtheorie hat das Problem, dass sie eine reine Messfehlertheorie darstellt, die sich nur mit Messwerten beschäftigt. Auch lassen sich ihre Grundannahmen nur teilweise überprüfen und sie ermöglicht somit auch die Interpretation unsinniger Messwerte (Bühner, 2006) S. 31. Im Gegensatz dazu werden die Annahmen

der Probabilistischen Testtheorie überprüft. Manche Autoren sehen die Probabilistische Testtheorie als den vorteilhafteren Ansatz an (Reeve, 2006) S. 4, der es ermöglicht, kurze und reliable Fragebögen zu entwickeln (Reeve & Fayers, 2005).

Bortz und Döring schlagen vor, bei gut erforschten Konstrukten die Probabilistische Testtheorie zu nutzen, da hier die Annahmen, die dem Modell zugrunde liegen, auch geprüft werden. Da es aber ein sehr aufwendiges Verfahren ist, empfehlen sie im Sinne der Forschungsökonomie bei unerforschten Konstrukten auf die Klassische Testtheorie zurückzugreifen (D. J. Bortz & Döring, 1995) S. 193.

Weiterführende Darstellungen findet der interessierte Leser bei (Rost, 2004) und (Bühner, 2006) S. 299 ff.

Fazit

Klassische und Probabilistische Testtheorien gehen von unterschiedlichen Annahmen aus und ergänzen sich in ihrer Anwendung. Bei einer Testkonstruktion sollen beide Verfahren zum Einsatz kommen. Die Probabilistische Testtheorie ermittelt die Personenfähigkeit auf Differenzskalenniveau, was im Sinne der Patientenzufriedenheitsmessung als die latente Variable Zufriedenheit mit einem Leistungsaspekt interpretiert wird. Ist das Modell gültig, dann messen (außer bei Klassenmodellen) alle Items bei allen Personen den gleichen Zufriedenheitsaspekt.

Über beide Ansätze erfolgt eine Überprüfung des Normierungsbedarfs im Ergebnisteil (Kapitel 14).

9.2 Regressionsanalyse

Obwohl das Verfahren der Regression zum Basisrepertoire der Statistik gehört, wird es wegen der besonderen Bedeutung für diese Studie kurz erläutert.

Die Regressionsanalyse ist ein statistisches Verfahren der Klassischen Testtheorie, die das Ziel hat, Beziehungen zwischen einer abhängigen und einer oder mehreren

unabhängigen Variablen zu ermitteln. Allgemein wird eine abhängige metrische Variable Y (Prädiktor) betrachtet, die von einer anderen unabhängigen metrischen oder dichotomen Variablen X (Kriterium) abhängig ist. Im eindimensionalen Fall spricht man von einer einfachen linearen Regressionsanalyse, bei Dimensionen größer gleich zwei von einer multiplen Regressionsanalyse, wobei im letzteren Fall die einzelnen x-Werte untereinander unabhängig sein sollen. Nachfolgende Abbildung macht diesen Zusammenhang grafisch deutlich:

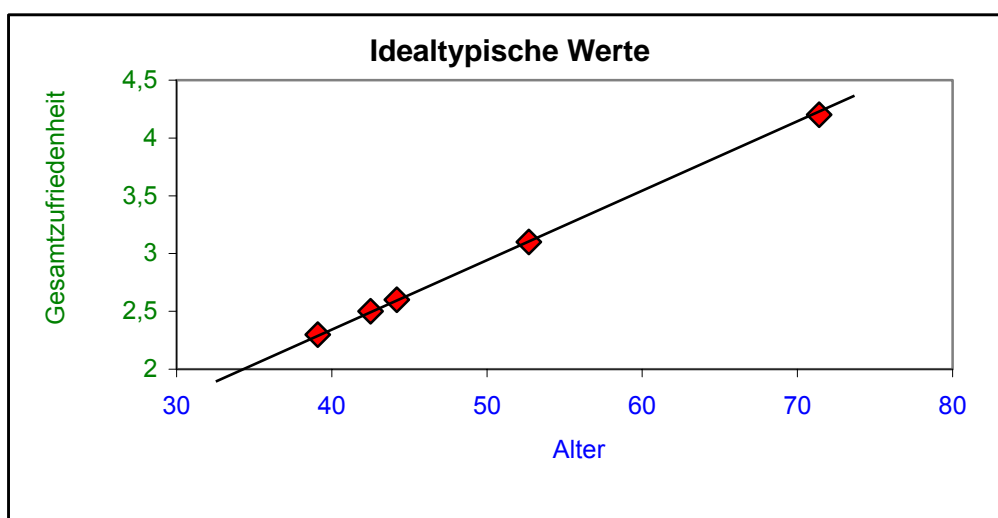


Abbildung 30 Idealtypische Regressionsanalyse

Inhaltlich bedeutet diese Grafik, dass Patienten mit einem höheren Alter einen größeren Gesamtzufriedenheitswert haben.

Die Regressionsanalyse geht von der Annahme aus, dass die Regressionsgleichung beim einfachen linearen Zusammenhang folgendermaßen lautet:

$$Y=b*X+a$$

Gleichung 3 Regressionsgleichung der einfachen linearen Regression

Da in den Sozialwissenschaften Messungen fehlerbehaftet sind, sind die ermittelten Werte unpräzise, die Regressionsgeraden bei der einfachen linearen Regressionsanalyse minimiert in einem solchen Fall die Abweichungsfehler.

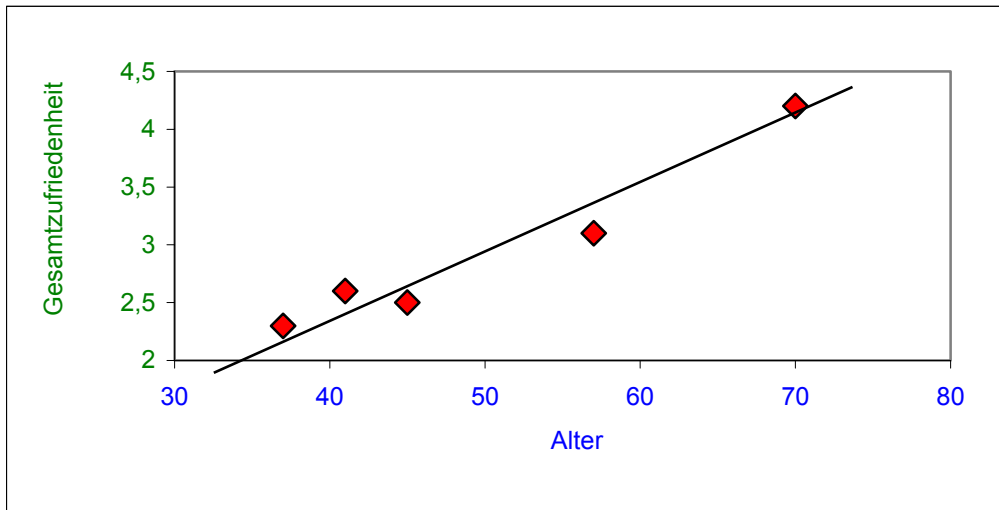


Abbildung 31 Regressionsgerade als Mittelung der Werte

Die Punktwolken sehen im Regelfall eher so aus:

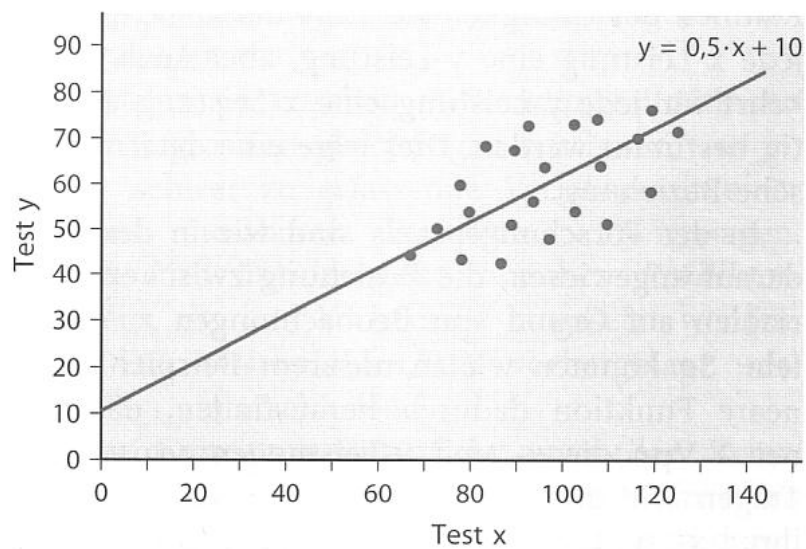


Abbildung 32 Punktwolke (J. Bortz, 2004) S.184

Bei der multiplen Regression werden mehrere unabhängige Variablen in das Modell eingebracht. Die Gleichung sieht dann folgendermaßen aus:

$$Y = b_1 \cdot X_1 + b_2 \cdot X_2 + b_3 \cdot X_3 + \dots + a$$

Gleichung 4 Regressionsgleichung der multiplen Regression

Wenn man die Interaktion zwischen den unabhängigen Variablen untersuchen will, bindet man das Produkt aus den beiden als eigenständige unabhängige Variable in das Modell mit ein:

$$Y = b_1 \cdot X_1 + b_2 \cdot X_2 + a$$

Gleichung 5 Regressionsgleichung zur Prüfung der Interaktion zwischen X_1 und X_2

Mittels der Regressionsanalyse werden Koeffizienten b und a ermittelt und auf Signifikanz geprüft. Als weiteres Ergebnis liefert sie den durch die unabhängige Variable Anteil der erklärten Varianz an der abhängigen Variablen. Dieses Bestimmtheitsmaß (r^2 oder auch Determinationskoeffizient genannt) misst damit indirekt auch den Zusammenhang zwischen der abhängigen und der/den unabhängigen Variablen. R^2 ist ein Maß für die Güte des Regressionsmodells, ist $r^2 = 0$ dann passt das Modell gar nicht, bei $r^2 = 1$ liegt eine perfekte Passung vor. Auch das Bestimmtheitsmaß r^2 wird auf Signifikanz geprüft.

Weiterführende Literatur findet der interessierte Leser bei (J. Bortz, 2004) S. 181 ff.

Fazit

Die Regressionsanalyse ist ein statistisches Verfahren, welches das Ziel hat, die Beziehungen zwischen einer abhängigen und einer oder mehreren unabhängigen Variablen zu ermitteln. R^2 stellt ein Gütemaß für die Passung des Regressionsmodells dar.

Die Regressionsanalyse ist eine der zentralen Methoden im Ergebnissteil (Kapitel 14).

9.3 Hierarchische Lineare Modellierung (HLM)

Die Hierarchische Lineare Modellierung (HLM) stellt ein statistisches Verfahren zur Auswertung von Daten mit hierarchischer Struktur dar. Eine solche Struktur liegt vor, wenn ein Datensatz Variablen auf verschiedenen Untersuchungsebenen, wie z. B. Variablen bezüglich Patienten (Individualebene), Stationen (Gruppenebene) und Krankenhäusern (Organisationsebene) enthält. Die Problematik und die Möglichkeit der Fehlinterpretation bei Nichtberücksichtigung der unterschiedlichen Ebenen wird am nachfolgenden Regressionsmodell deutlich:

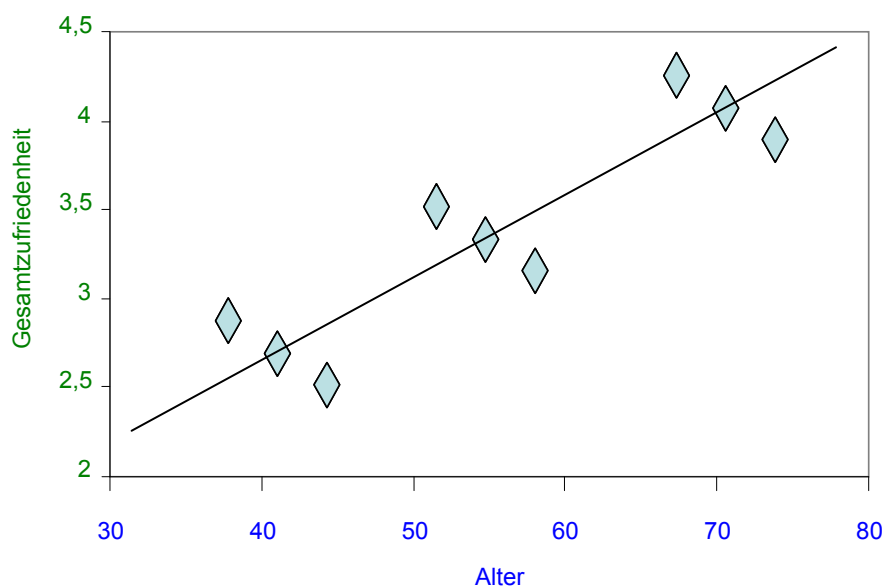


Abbildung 33 Regressionsmodell ohne Berücksichtigung der Ebenen

In diesem fiktiven Beispiel wird der Zusammenhang zwischen Alter und Gesamtzufriedenheit untersucht. Ohne Berücksichtigung der Ebenen wäre das Ergebnis eindeutig: Je älter ein Patient ist, um so höher sind die Werte für die Gesamtzufriedenheit.

Schaut man sich an, aus welchem Haus die neun Patienten jeweils kommen, dann zeigt sich ein ganz anderer Zusammenhang:

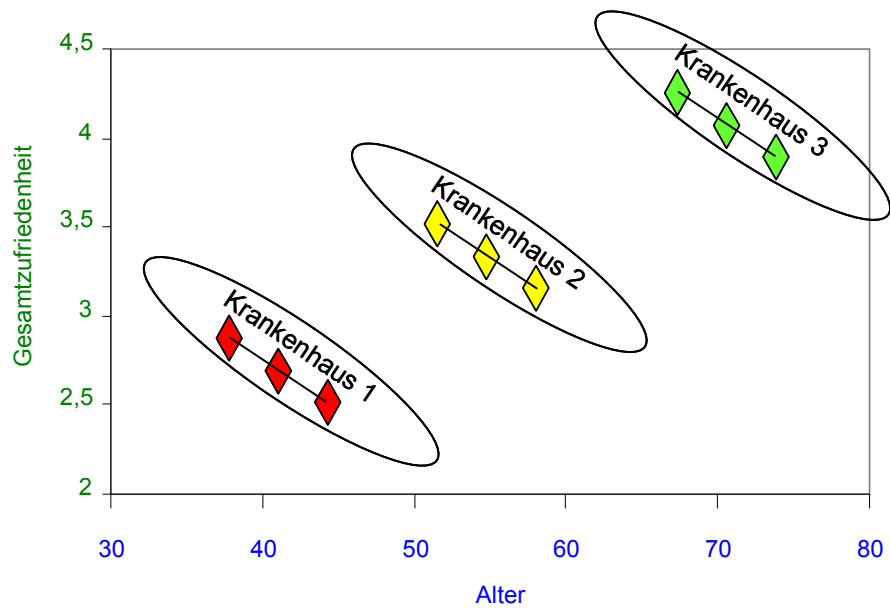


Abbildung 34 Regressionsmodell ohne Berücksichtigung der Ebenen

Durch den spezifischen Einfluss der Krankenhausebenen wird der wahre Zusammenhang verschleiert, der in diesem Fall heißt: Je älter ein Patient ist, um so niedriger sind die Werte für die Gesamtzufriedenheit.

HLM ermöglicht den Einfluss der Gruppenebenen vom Einfluss der individuellen Ebene zu isolieren. Ab 10 % erklärte Varianzanteile durch die übergeordnete Ebene spricht man von nennenswertem Einfluss.

Zur Vertiefung geeignete Literatur findet man bei Snijders and Bosker (1999), Hox (2002) und Langer (2004).

Fazit

Die Hierarchische Lineare Modellierung (HLM) stellt ein statistisches Verfahren zur Auswertung von Daten mit hierarchischer Struktur dar. Sie ermöglicht das Isolieren von Einflüssen übergeordneter Strukturen gegenüber denen der Individualebene.

Dieses Verfahren wird in Kapitel 12.4 benötigt.

9.4 Differential Item Functioning (DIF)

Gemäß der Annahmen der Probabilistischen Testtheorie erwartet man, dass alle Fragen in den unterschiedlichen Untergruppen dieselben Parameter haben. Dies bedeutet, dass Subgruppen, die zum Beispiel über Alter, Geschlecht, subjektivem Gesundheitszustand oder andere personengebundene Einflussfaktoren gebildet werden können, keinen Einfluss auf das Antwortverhalten haben. Über die Messung des Differential Item Functioning (DIF) lässt sich diese Annahme überprüfen. Beim DIF untersucht man, ob die Mitgliedschaft in einer Subgruppe (z. B. Geschlecht) einen Einfluss auf das Antwortverhalten einer Person hat unter der Annahme, dass die Person den gleichen Fähigkeitswert hat, der über die Probabilistische Testtheorie ermittelt wird. Zur Überprüfung des Vorhandenseins des DIF gibt es verschiedene Verfahren; einen guten Überblick geben (Reeve, 2006) S. 38 ff und (Teresi, Ramirez, Lai, & Silver, 2008). Für diese Studie ist der Ansatz der ordinalen logistischen Regression interessant, bei dem die Frage (F) als abhängige Variable betrachtet wird und der Personenwert der zugehörigen Skala und die Gruppierungsvariable (GV) als unabhängige Variablen einfließen. Der Personenwert (PW) ist die über die Probabilistische Testtheorie geschätzte latente Personeneigenschaft. Es werden dabei mehrere Modelle miteinander verglichen:

Abhängige Variable:

Frage mit Antwortmöglichkeiten:
1 | 2 | 3 | 4 | 5

Unabhängige Variable:

Personenfähigkeit

Abbildung 35 Basismodell DIF

Das Basismodell stellt eine einfache Regression der Personenfähigkeit auf die Frage dar. Dieses Modell vergleicht man mit dem der Regression der Gruppierungsvariable und der Personenfähigkeit auf die Frage. Hat die Gruppierungsvariable keinen signifikanten

Einfluss oder ist der erklärte Varianzanteil (r^2) nur geringfügig höher, dann liegt kein DIF vor. Dies bedeutet, dass die Gruppierungsvariable keinen Einfluss auf das Antwortverhalten hat. Man unterscheidet zwischen dem uniformen und dem nicht uniformen DIF. Uniformer DIF bedeutet, dass es einen kontinuierlichen Zusammenhang zwischen abhängiger und unabhängiger Variable gibt, wenn man die latente Personeneigenschaft kontrolliert.

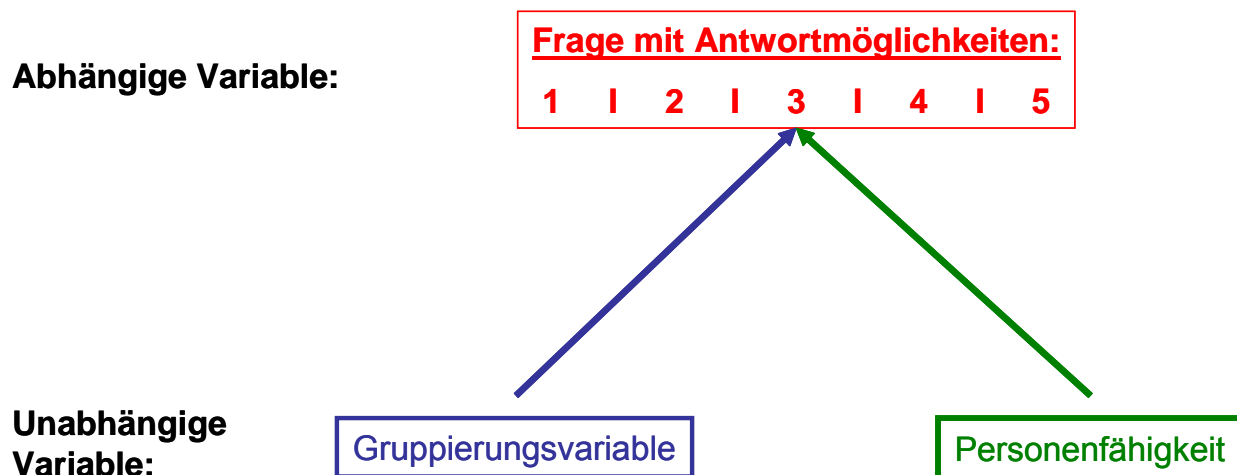


Abbildung 36 Darstellung des uniformen DIF- Modells

Nicht uniformer DIF liegt vor, wenn die Interaktion zwischen der latenten Personeneigenschaft und der Subgruppe signifikant ist.

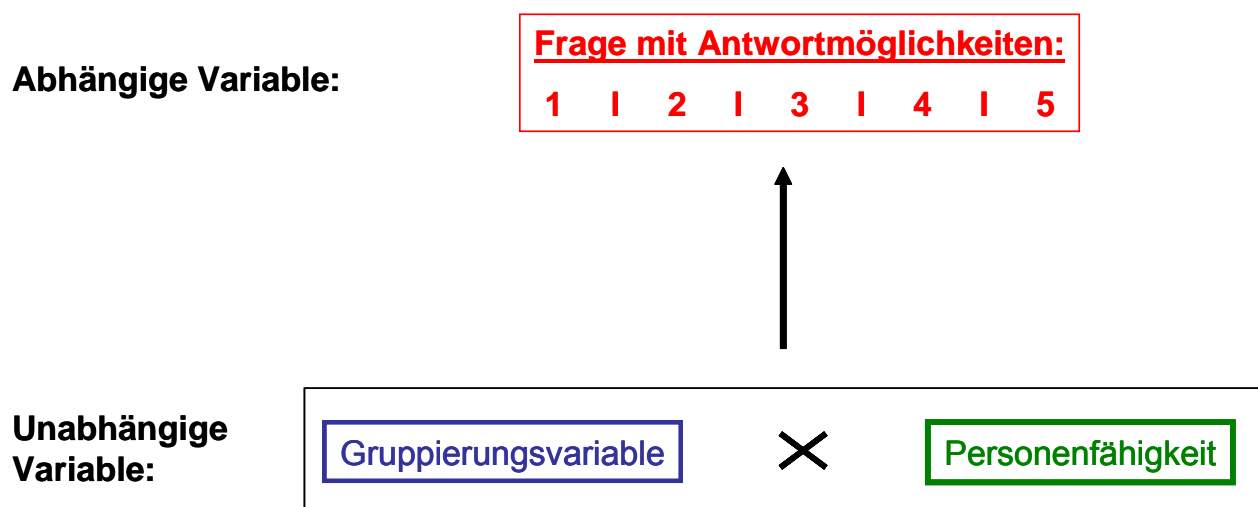


Abbildung 37 Grafische Darstellung des nicht uniformen DIF- Modells

Diese Methode hat den Vorteil, dass sich feststellen lässt, ob der Einfluss einer Gruppenvariablen signifikant ist, wobei im Regelfall das 5% Niveau angenommen wird (Cook, et al., 2007) (Martin, et al., 2007) (Teresi, et al., 2008). Dies erlaubt auch den Effekt des Einflusses zu bestimmen, also wie stark die Gruppenvariable das Item beeinflusst. Ein Verfahren ist dabei, einen Mittelwertvergleich über die Subgruppen hinweg durchzuführen, indem man die Fragen, die einen signifikanten DIF haben, einmal einschließt und einmal ausschließt (Teresi, et al., 2008) S. 540. Ein eleganteres Verfahren, das zudem noch unabhängig von der Stichprobengröße ist, stellt die Veränderung des erklärten Varianzanteils (r^2) oder des Beta der ordinalen Regression mit und ohne DIF- Fragen dar. Hier geben jedoch die Autoren unterschiedliche Größen an, ab denen man von einer beachtenswerten DIF- Frage ausgehen kann:

- 10% Änderung des Beta (Reeve, et al., 2007)
- 2% Änderung beim r^2 (Kopeck, et al., 2006) (Martin, et al., 2007)
- 2% Änderung beim r^2 (Rose, et al., 2008)

Wenn beide Bedingungen erfüllt sind (signifikanter Einfluss der unabhängigen Variable und bedeutungsvoller Einfluss), dann geht man von einem Differential Item Functioning aus.

Liegt ein Differential Item Functioning vor, dann sollte man das Item ausschließen oder unterschiedliche Normvergleichsgruppen bilden (Cook, et al., 2007) (Martin, et al., 2007) (Rose, et al., 2008).

Eine gute Übersicht zu diesem Thema liefert Teresi, Ramirez et al. (2008).

Fazit

Mit dem Differential Item Functioning (DIF) kann man die Annahme der Probabilistischen Testtheorie, dass die Messung der latenten Eigenschaft - unabhängig von Gruppierungsvariablen - immer gleich ist, überprüfen. Haben die Gruppierungsvariablen einen Einfluss auf das Antwortverhalten, dann liegt eine uniforme DIF vor. Ist die Interaktion zwischen Subgruppenvariable und latenter Variable jedoch signifikant, dann liegt eine nicht uniforme DIF vor. Bei Vorliegen von Differential Item Functioning kann man entweder die Frage ausschließen oder eine Normierung des Tests vornehmen.

9.5 Multitrait- Multimethod- Analyse (MTMM)

Das Verfahren kommt ursprünglich aus der Persönlichkeitsforschung, wobei man mehrere Persönlichkeitsaspekte (Multitrait) über verschiedene Methoden (Multimethod) erfasst (Campbell & Fiske, 1959).

Eine MTMM- Matrix ist grundsätzlich folgendermaßen aufgebaut:

		Methode 1 (Inhouse Befragung)			Methode 2 (Ehemaligenbefragung)		
		Trait1 (Ärzte)	Trait2 (Pfleger)	Trait3 (Infrastruktur)	Trait1 (Ärzte)	Trait2 (Pfleger)	Trait3 (Infrastruktur)
Methode 1 (Inhouse Befragung)	Trait1 (Ärzte)	1					
	Trait2 (Pfleger)	B1	1				
	Trait3 (Infrastruktur)	B2	B3	1			
Methode 2 (Ehemaligenbefragung)	Trait1 (Ärzte)	A1	C4	C5	1		
	Trait2 (Pfleger)	C1	A2	C6	B4	1	
	Trait3 (Infrastruktur)	C2	C3	A3	B5	B6	1

Abbildung 38 Aufbau der MTMM- Matrix

Sie wird genutzt, um die Konstruktvalidität eines Fragebogens im Sinn der diskriminanten und konvergenten Validität zu überprüfen. Es gibt vier Kriterien zur Überprüfung der Konstruktvalidität:

1. Kriterium: konvergente Validität

Die Korrelation zwischen den Traits der verschiedenen Methoden ist größer Null (Felder A1-A3).

2. Kriterium: Diskriminante Validität

Die Korrelation zwischen den Traits der gleichen Methoden ist kleiner als die Korrelation zwischen den Traits der verschiedenen Methoden ($B1-B6 < A1-A3$).

3. Kriterium: Diskriminante Validität (2)

Die Korrelation zwischen den Traits der verschiedenen Methoden ist kleiner als die Korrelation zwischen den Traits der verschiedenen Methoden ($C1-C6 < A1-A3$).

4. Kriterium: Konstruktvalidität

Die Rangreihenfolge der Korrelation zwischen Traits innerhalb einer Methode ist immer gleich. Betrachtet werden dabei die Werte von B1-B3, B4-B6, C1-C3 und C4-C6. Wenn in jeder Dreiecksmatrix die Korrelation von Trait 1 und Trait 2 den höchsten Wert hat und die anderen Traitkombinationen immer in der gleichen Rangreihenfolge im Sinne der Größe des Wertes stehen, dann spricht man von Konstruktvalidität. Wobei dieses Kriterium das schwächste ist und gegebenenfalls auch argumentative Abweichungen begründbar sind (D. J. Bortz & Döring, 1995) S. 187 ff.

Sind alle vier Kriterien erfüllt, ist bei dem untersuchten Fragebogen die Konstruktvalidität bestätigt. Dies beinhaltet auch die Überprüfung der externen Validität, da der Fragebogen mittels eines weiteren Fragebogens überprüft wird.

Vertiefende Informationen findet man bei (D. J. Bortz & Döring, 1995) S.187 ff.

Fazit

Die Multitrait- Multimethod- Analyse ist eine zuverlässige, wenn auch aufwendige Methode, um die Konstruktvalidität eines Fragebogens zu ermitteln. Der Einsatz dieses Verfahrens erfolgt zur Validierung des eingesetzten Fragebogens (Kapitel 12.2).

9.6 Kurzdarstellung weiterer Methoden und Verfahren

In diesem Kapitel folgt eine kurze Skizzierung weiterer Methoden und Verfahren.

9.6.1 Effektgröße

Werden Mittelwertsunterschiede von zwei Gruppen auf Signifikanz (statistische Bedeutsamkeit jenseits von Zufallsschwankungen) hin getestet, dann haben alle Testverfahren das Problem, dass bei genügend großen Stichproben, noch so kleine Unterschiede signifikant werden.

Diesem Problem kann man mittels Festlegung der Effektgröße (Effektstärke) begegnen. Dies bedeutet, dass z. B. der Unterschied zwischen zwei Gruppen erst ab einer gewissen Größenordnung relevant ist. Für die Regressionsanalyse (vergleiche Kapitel 9.2) ist die Effektgröße folgendermaßen definiert:

$$f^2 = r^2 / (1 - r^2)$$

Gleichung 6 Berechnung der Effektgröße bei der einfachen linearen Regression

Bortz and Döring klassifizieren die verschiedenen Effektgrößen in klein, mittel und groß (D. J. Bortz & Döring, 1995) S. 568:

Tabelle 27

Klassifikation der Effektgrößen

		Klassifikation der Effektgrößen		
		klein	mittel	groß
einfachen	linearen	0,02	0,15	0,35
Regressionen				

Vertiefende Literatur findet man bei Bortz and Döring (1995) S. 567 ff und Bortz (2004) S. 120 ff.

9.6.2 Faktorenanalyse

Die Faktorenanalyse ist ein Verfahren, das Items inhaltlich gruppiert und damit Struktur in einen Datensatz bringt, sie lässt sich aber auch zur Datenreduktion nutzen. Zusätzlich gibt sie Hinweise zur Identifikation latenter Variablen, die das Antwortverhalten beeinflussen. Sie basiert auf der Korrelationsmatrix der Fragen. Bei der Faktorenanalyse muss man die Anzahl der Faktoren, die extrahiert werden sollen, vorher festlegen. Je nach Faktorenzahl erfolgt eine Zuordnung einzelner Fragen zu unterschiedlichen Faktoren.

Vertiefende Informationen findet der interessierte Leser bei Bühner (2006) S. 180 ff, (Backhaus, Erichson, Plinke, & Weiber, 1996) S. 189 ff oder (J. Bortz, 2004) S. 511 ff.

9.6.3 Konfirmatorische Faktorenanalyse

Die Konfirmatorische Faktorenanalyse (**Confirmatory Factor Analysis – CFA**) dient dazu, theoretisch oder empirisch begründete Modelle auf ihre Gültigkeit hin zu testen. Sie ist eine Weiterentwicklung der klassischen Faktorenanalyse und erlaubt es, latente Variablen zu erfassen, die die konkreten Fragen kausal beeinflussen. Es wird überprüft, ob das Modell auf die empirisch erhobenen Daten passt. Da die CFA metrisches Skalenniveau verlangt und Einzelfragen aus methodischen Gründen keinen Eingang finden, werden in diesem Teil der Studie nur die Zufriedenheitsfragen untersucht.

Der interessierte Leser findet vertiefende Informationen bei (Bühner, 2006) S. 235 ff. oder (Kaplan, 2000) S. 40 ff.

9.6.4 Triangulation

Triangulation ist eine Forschungsstrategie, bei der man verschiedene Methoden auf das gleiche Phänomen anwendet oder verschiedenartige Daten zur Erforschung eines Phänomens heranzieht. Ziel ist es, eine höhere Validität der Forschungsergebnisse zu erreichen und systematische Fehler zu verringern (Wikipedia, 2009a). Anfänglich verstand man unter Methodentriangulation die gleichzeitige Verwendung von quantitativen und qualitativen Daten (Jakob, 2001) (Flick, 2008) S. 27 ff. Die Within-Method (eine spezifische Weiterentwicklung der Triangulation) beinhaltet die Verwendung verschiedener Auswerteverfahren auf die gleichen Daten (Jakob, 2001). Triangulation hat in diesem Kontext eine gewisse Nähe zu mixed methods designs (Model, 2009). Der Einsatz der Triangulation hat den Fokus einerseits auf die Validierung von Ergebnissen (Flick, 2008) S. 14 ff verlagert, andererseits dient sie grundsätzlich dazu, sich ein tieferes Verständnis vom Forschungsobjekt zu erarbeiten (Flick, 2008) S. 20.

Eine Übersicht erhält der interessierte Leser bei (Flick, 2008).

10 Datengrundlagen für die empirische Überprüfung der Hypothesen

Für die Testung der im vorigen Kapitel aufgestellten Hypothesen sind empirische Daten notwendig, deren Herkunft das nachfolgende Kapitel beschreibt.

Die in dieser Studie genutzten Daten sind entstanden bei Patientenbefragungen der Forschungsgruppe Metrik, die diese im Auftrag von Krankenhäusern durchgeführt hat. Die Forschungsgruppe Metrik ist ein Institut, das seit 1997 für Einrichtungen des deutschen Gesundheitswesens Fragebögen entwickelt und auswertet. Schwerpunkt der Arbeit ist die Durchführung und Auswertung von Befragungen. Dies betrifft vor allem:

- Patientenbefragungen (Zinn & Diefenbach, 1999) (Winfried Zinn, 1999) (W. Zinn, 1999) (Zinn & Schena, 2000) (Messner & Zinn, 2001) (Zinn, 2004b)
- Mitarbeiterbefragungen (Daumenlang & Zinn, 2000) (Zinn & Schena, 2002) (Zinn, 2004a) (Gausmann, Göpfert, & Zinn, 2008)
- Einweiserbefragungen (Zinn & Messner, 2004)

Aber auch andere Bereiche der Datenerfassung und –analyse, wie z. B.:

- Elektronisch gestützte Ist- Zeiterfassung im Krankenhaus (Lanz & Zinn, 2001) (Lanz & Zinn, 2001a) (Lanz & Zinn, 2002)
- Studien zur Dekubitusprophylaxe (Stein, Bernhard, Bojahr, Paradies, & Zinn, 2000) (Bernhard, Paradies, Stein, & Zinn, 2002)

werden bearbeitet.

Institutionen des Gesundheitswesens nutzen die Ergebnisse der unterschiedlichen Befragungen einerseits als Datenbasis für das interne Qualitätsmanagement und andererseits zur Positionsbestimmung im Markt durch die Vergleichswerte zu Mitbewerbern. Den Häusern ist es möglich, beliebig viele Zusatzfragen dem Standardfragebogen hinzuzufügen, doch die Standardfragen bleiben im Regelfall identisch, um einen Vergleich zwischen den Einrichtungen zu ermöglichen.

Einen Überblick über das Tätigkeitsfeld gibt nachfolgende Tabelle (Stand Januar 2009):

Tabelle 28

Anzahl der Projekte der Forschungsgruppe Metrik (Stand Januar 2009)

Projektart	Anzahl der Projekte
Eine Patientenbefragung mit stationsbezogener Analyse	641
Eine Patientenbefragung Psychiatrie	99
Eine Patientenbefragung im Reha-Bereich	18
PaRiS - Patienten-Sicherheits-und Riskikobefragung	9
Eine Patientenbefragung mit klinikbezogener Analyse	69
Eine Patientenbefragung - Gesamtanalyse	13
Eine Patientenbefragung - Detailbefragung Catering + Hygiene	23
Eine Patientenbefragung - KTQ-Kriteriumsfragebogen	22
Eine Patientenbefragung in der Geburtshilfe	121
Eine kontinuierliche Patientenbefragung	32
Eine trägerweite Patientenzufriedenheitsbefragung	41
Eine Mitarbeiterbefragung	378
Eine trägerweite Mitarbeiterbefragung	25
Eine Befragung der niedergelassenen Ärzte	168
Eine trägerweite Befragung der niedergelassenen Ärzte	12
Eine Patientenbefragung in der Arztpraxis	7
Eine Datenauswertung von Fragebögen des Auftraggebers	30
Eine Bewohnerbefragung in einer Senioreneinrichtung	48
Eine Angehörigenbefragung in einer Senioreneinrichtung	45
Eine trägerweite Bewohner- und Angehörigenbefragung	8
Eine Mitarbeiterbefragung in einer Senioreneinrichtung	8
Eine Patientenbefragung - ambulantes Operieren	17
Eine Patientenbefragung - Betreuungsqualität bei Helios	67
Eine Bewohnerbefragung in Wohn- und Pflegeheimen	5
Vortrag / Seminar	39
Forschungsprojekt	51

Die Patientenbefragung in Krankenhäusern (Patientenbefragungen mit stationsbezogener Analyse) nimmt dabei einen erkennbaren Schwerpunkt der Tätigkeiten ein. Die Datenerfassung führt die Forschungsgruppe nach einem streng reglementierten Verfahren durch, das im Anhang G -Durchführungshinweise Patientenbefragung, dargestellt ist. Das Verfahren der Patientenbefragung und Auswertung ist differenziert dokumentiert im Standardwerk zu „Patientenbefragung in Krankenhäusern“ (Zinn, 2001).

Zur Klärung der verschiedenen Fragestellungen nutzt diese Untersuchung die Ergebnisse unterschiedlicher Befragungen mit spezifischen Fragenbogenvarianten. Zur leichteren Orientierung werden die Daten in verschiedene Datenpools eingeteilt:

10.1 Datenpool 1: Basisdaten

Die Basis stellen die Daten von 17 Krankenhäusern, die den Standardpatientenfragebogen 2006 (vergleiche Anhang C - Standardpatientenfragebogen) verwendet haben. Die Häuser sind von ihrer Struktur sehr heterogen. Es gibt sowohl Häuser der Grundversorgung als auch Universitätsklinika, Häuser aus dem ländlichen Bereich als auch aus Städten. Es sind Einrichtungen aus den alten und den neuen Bundesländern und sowohl private als auch kirchliche oder öffentliche Trägerschaften vertreten.

Die Angaben der Patienten bezüglich Geschlecht und Alter werden mit den Daten des Statistischen Bundesamtes verglichen (Statistischen Bundesamt, 2009a):

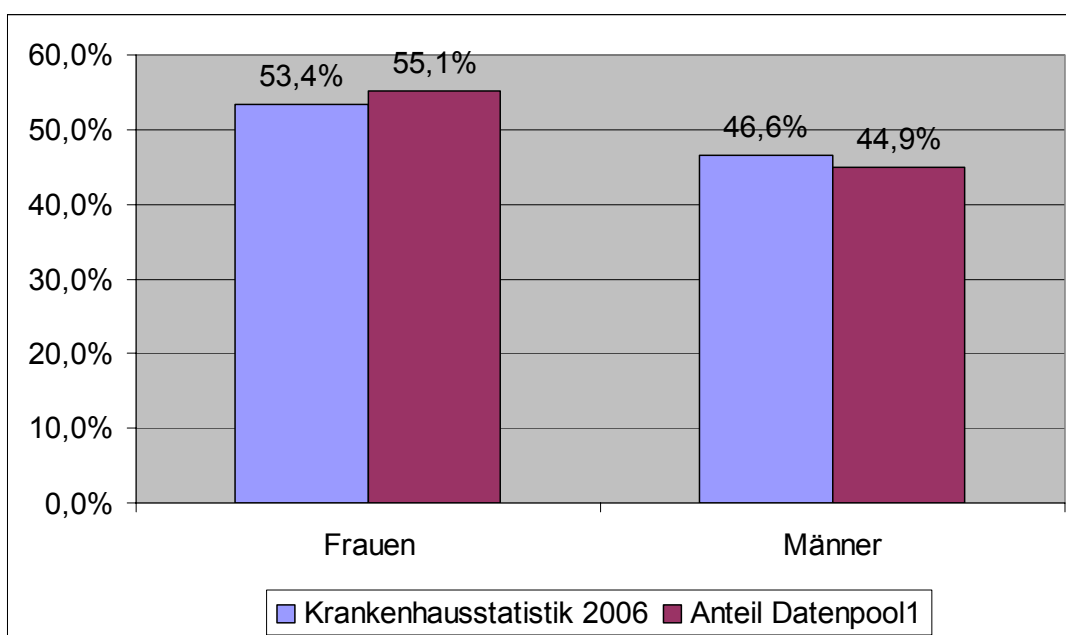


Abbildung 39 Geschlechtsverteilung des Datenpools 1 und in der Krankenhausstatistik 2006 des Statistischen Bundesamtes

Bezüglich des Geschlechts repräsentiert der Datenpool 1 die Geschlechtsverteilung der Patienten im stationären Bereich.

Tabelle 29

Altersstruktur des Datenpools 1 und der Krankenhausstatistik 2006 des Statistischen Bundesamtes

Alter	Anteil Datenpool1	Krankenhausstatistik 2006
20-30 Jahre	7,5%	7,4%
31-40 Jahre	6,2%	8,6%
41-50 Jahre	8,4%	10,5%
51-60 Jahre	11,4%	12,1%
61-70 Jahre	13,2%	17,1%
71-80 Jahre	22,3%	18,0%
81-90 Jahre	21,2%	10,8%
ab 91 Jahre	8,9%	2,0%

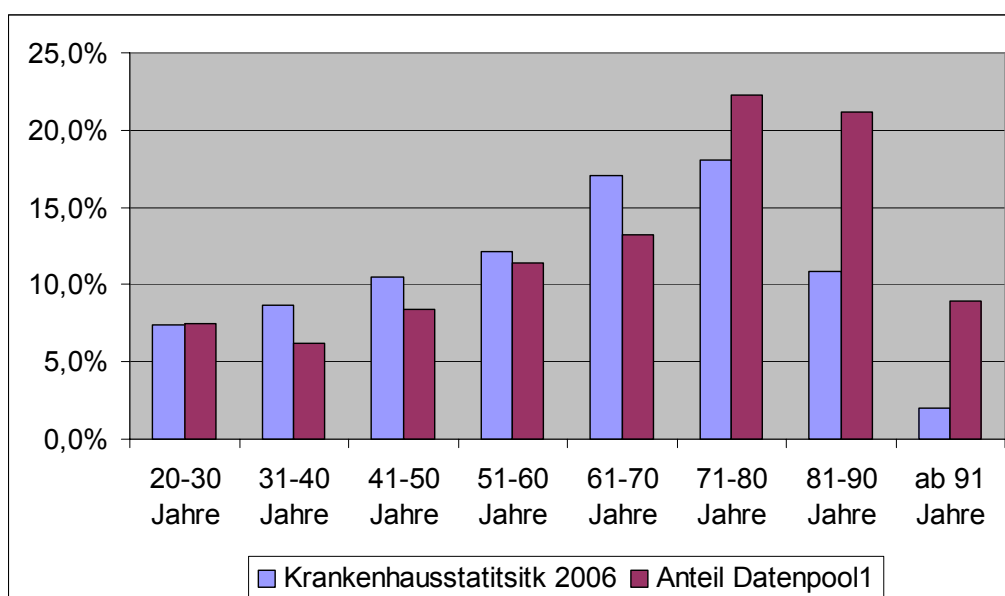


Abbildung 40 Vergleich der Altersstruktur des Datenpools 1 und der Krankenhausstatistik 2006 des Statistischen Bundesamtes

Auch bei der Altersverteilung entspricht der Datenpool 1 weitgehend den Angaben des Statistischen Bundesamts aus dem Jahre 2006 bis zum Alter von 80 Jahren. Danach nimmt die Ausfüllquote der Patienten deutlich ab, was aber durch eine erhöhte Multimorbidität und Demenz nachvollziehbar ist. Es lässt sich zusammenfassen, dass der Datensatz eine repräsentative Zufallsauswahl der stationären Patienten darstellt. Der Rücklauf beträgt bei der Inhousebefragung zwischen 60% und 90% je nach

Einrichtung. Bei der Ehemaligenbefragung beträgt der Rücklauf zwischen 45% und 60% ohne Erinnerungsschreiben.

Tabelle 30

Verteilung der Patientenfragebogen auf die Einrichtungen

Krankenhaus Nr.	Häufigkeit	Prozent
130	326	3,20%
137	784	7,60%
138	1.565	15,30%
152	456	4,40%
160	252	2,50%
161	594	5,80%
162	451	4,40%
163	110	1,10%
170	665	6,50%
171	452	4,40%
173	237	2,30%
174	376	3,70%
175	569	5,50%
176	652	6,40%
178	393	3,80%
200	1.252	12,20%
323	1.119	10,90%
Gesamt	10.253	100%

Anmerkung: Die Häufigkeit gibt die Anzahl der auswertbaren Fragebögen des jeweiligen Hauses an.

Der verwendete Datensatz umfasst 10.253 Fragebögen mit 154 Stationen.

Für einige Sonderfragestellungen werden weitere Datenpools herangezogen.

10.2 Datenpool 2: Zusatzdatenpool klassische personengebundene Merkmale

Für die Klärung des Einflusses der klassischen personengebundenen Merkmale wird in drei Krankenhäusern der Standardfragebogen um zusätzliche Fragen zum Bildungsabschluss, Berufsausbildung, berufliche Situation, Versicherungsstatus, Muttersprache, finanzielle, private und gesundheitliche Situation ergänzt. Diese Items sind im Anhang A - Soziodemografische Zusatzfragen abgebildet.

Tabelle 31

Verteilung des Zusatzdatenpools klassische personengebundene Merkmale

Krankenhaus Nr.	Häufigkeit	Prozent
10033	1.152	59,53%
10036	443	22,89%
10037	340	17,57%
Gesamt	1.935	100%

Anmerkung: Die Häufigkeit gibt die Anzahl der auswertbaren Fragebögen des jeweiligen Hauses an.

Aufgrund der unterschiedlichen Größe der Häuser variiert die Anzahl der zur Verfügung stehenden Fragebögen, was aber für diese Studie nicht weiter von Bedeutung ist, da die Patienten ausschließlich per Zufallsprinzip in die Studie mit aufgenommen wurden.

10.3 Datenpool 3: Zusatzdatenpool Schmerzerleben der Patienten

Zur Untersuchung des Zusammenhangs zwischen subjektiver Schmerzsituation und Patientenzufriedenheit wird ein weiterer Datenpool, der diesen Aspekt mit zusätzlichen Fragen analysiert, hinzugezogen. Die Daten stammen von 15 Krankenhäusern aus dem Jahre 2007.

Tabelle 32*Verteilung des Zusatzdatenpools Schmerz erleben der Patienten*

Krankenhaus Nr.	Häufigkeit	Prozent
10189	293	2,24%
10192	822	6,29%
10193	204	1,56%
10194	202	1,54%
10195	2.242	17,15%
10196	214	1,64%
10197	386	2,95%
10199	277	2,12%
10208	549	4,20%
10209	643	4,92%
10240	505	3,86%
10287	716	5,48%
10336	2.281	17,45%
10361	1.402	10,72%
10365	2.339	17,89%
Gesamt	13.075	100%

Anmerkung: Die Häufigkeit gibt die Anzahl der auswertbaren Fragebögen des jeweiligen Hauses an.

Die zusätzlichen Fragen zum Thema Schmerz sind im Anhang B - Zusatzfragen zum Thema Schmerz zu sehen.

10.4 Datenpool 4: Zusatzdatenpool psychiatrische Patienten

Um den Einfluss der psychischen Erkrankung auf die Patientenzufriedenheit zu untersuchen, wird ein weiterer Datenpool hinzugezogen. An der Befragung nehmen Patienten aus psychiatrischen Abteilungen mit einem speziell für diesen Bereich entwickelten Fragebogen teil. Manche Fragen und Antwortmuster finden sowohl im somatischen als auch im psychiatrischen Bereich Verwendung. Dies ermöglicht die Gegenüberstellung der beiden Bereiche. Die vergleichbaren Fragen für Psychiatrie und Somatik sind im Anhang D - Vergleichbare Psychiatriefragen aufgelistet. Die Daten stammen von 11 psychiatrischen Krankenhäusern oder psychiatrischen Fachabteilungen aus dem Jahre 2008.

Tabelle 33*Verteilung des Zusatzdatenpools Psychiatrie*

Krankenhaus Nr.	Häufigkeit	Prozent
10232	97	2,07%
10233	135	2,88%
10353	464	9,91%
10354	335	7,16%
10355	399	8,53%
10356	730	15,60%
10357	373	7,97%
10358	610	13,03%
10359	372	7,95%
10360	976	20,85%
10361	189	4,04%
Gesamt	4.680	100%

Anmerkung: Die Häufigkeit gibt die Anzahl der auswertbaren Fragebögen des jeweiligen Hauses an.

10.5 Datenpool 5: Zusatzdatenpool Retest-Reliabilitätsbestimmung

Um die Retest- Reliabilität zu bestimmen, ist ein weiterer Datensatz nötig. Manche Einrichtungen senden die ausgefüllten Fragebögen der Forschungsgruppe Metrik nach jeder Erfassungsrunde zu. Metrik erfasst den Zeitpunkt der Ankunft des Paketes. Bei den im Datenpool 5 berücksichtigten Krankenhäusern senden diese zwei Pakete zu im zeitlichen Abstand von ein bis zwei Monaten: Es handelt sich um 40 Krankenhäuser, bei denen 102 Station ausgewählt sind, die eine Mindestmenge von 30 ausgefüllten Fragebögen pro Paket haben. Dadurch kann man die Zufriedenheit der Entität Station zu zwei unterschiedlichen Zeitpunkten ohne Intervention bestimmen und damit die Retest- Reliabilität des Instruments.

Tabelle 34

Verteilung des Zusatzdatenpools Retest- Reliabilität

Krankenhaus Nr.	Häufigkeit	Prozent
138	185	2,11%
152	203	2,32%
154	81	0,92%
175	70	0,80%
200	97	1,11%
213	211	2,41%
235	183	2,09%
280	774	8,84%
287	162	1,85%
332	73	0,83%
342	201	2,29%
347	161	1,84%
375	144	1,64%
379	71	0,81%
425	255	2,91%
430	161	1,84%
446	282	3,22%
448	568	6,48%
476	316	3,61%
10008	71	0,81%
10009	108	1,23%
10011	190	2,17%
10022	99	1,13%
10025	267	3,05%
10028	65	0,74%
10034	80	0,91%
10101	543	6,20%
10106	82	0,94%
10192	478	5,46%
10195	529	6,04%
10197	72	0,82%
10204	138	1,58%
10209	95	1,08%
10293	76	0,87%
10336	222	2,53%
10361	157	1,79%
10365	447	5,10%
10386	156	1,78%
10387	291	3,32%
10498	396	4,52%
Gesamt	8.760	100%

Anmerkung: Die Häufigkeit gibt die Anzahl der auswertbaren Fragebögen des jeweiligen Hauses an.

10.6 Datenpool 6: Zusatzdatenpool Inhousebefragung und Befragung der ehemaligen Patienten

In einigen Krankenhäusern befragt man Patienten in der Einrichtung (Inhousebefragung) und zeitgleich ehemalige Patienten, die das Haus bereits verlassen haben. Für diese Einrichtungen wird mit zwei unterschiedlichen Methoden dasselbe Konstrukt erfasst. Die Daten verteilen sich bei 45 Krankenhäusern folgendermaßen:

Tabelle 35

Verteilung der Anzahl der ehemaligen Patienten zur Inhousebefragung

Krankenhaus Nr.	Inhousebefragung	Ehemalige Patienten	Gesamtanzahl
131	793	85	878
165	534	102	636
185	580	77	657
202	754	68	822
213	1.135	69	1.204
214	1.147	95	1.242
227	407	67	474
256	1.152	78	1.230
277	476	61	537
312	481	77	558
314	389	81	470
315	276	96	372
316	324	80	404
318	988	98	1.086
319	1.139	82	1.221
320	985	89	1.074
330	1.191	78	1.269
335	1.130	61	1.191
346	570	97	667
363	349	92	441
10.057	570	98	668
10.085	399	88	487
10.086	94	98	192
10.087	146	89	235
10.147	152	138	290
10.152	678	122	800
10.160	498	64	562
10.178	605	124	729
10.262	766	78	844
10.263	888	75	963
10.269	488	91	579
10.270	920	174	1.094
10.326	912	160	1.072
10.332	729	185	914
10.333	365	87	452
10.345	407	71	478
10.449	665	143	808
10.475	1.016	130	1.146
10.513	185	98	283
10.521	230	109	339
10.522	248	88	336
10.524	83	97	180
10.525	156	87	243
10.526	192	94	286
10.527	239	82	321
Gesamt	26.431	4.303	30.734

Fazit

Die Daten für die empirische Untersuchung speisen sich aus unterschiedlichen Quellen. Die Basisdaten stammen aus Krankenhäusern, die im Jahre 2006 mit dem damaligen Standardpatientenfragebogen eine Analyse durchgeführt haben. Weitere Datenquellen sind notwendig, weil sie mittels spezifischer Fragebogeninhalte oder Methoden ermittelt werden, wodurch gesonderte Fragestellungen beantwortbar sind.

11 Der Fragebogen

Dieses Kapitel beschreibt den eingesetzten Fragebogen. Neben der Entstehungsgeschichte und den verwendeten Antwortkategorien wird die Datenerhebung und die grundlegende Struktur erläutert.

11.1 Entstehungsgeschichte des Fragebogens

Der verwendete Fragebogen ist der Standardpatientenfragebogen der Forschungsgruppe Metrik und basiert auf dem diskrepanztheoretischen Modell der Patientenzufriedenheit (vergleiche Kapitel 4.3.1). Befragt werden die Patienten sowohl nach ihren Erwartungen in Form der subjektiven Einschätzung der Wichtigkeit (vergleiche Kapitel 3.3.2), nach konkreten Erlebnissen und Erfahrungen (vergleiche Kapitel 3.3.1) und nach ihrer Zufriedenheitsbeurteilung (vergleiche Kapitel 3.3.3). Der Standardfragebogen ist im Kapitel 23 Anhang C abgebildet.

Der seit Ende 1997 durch die Forschungsgruppe Metrik eingesetzte Fragebogen besteht aus 36 Zufriedenheitsfragen und 11 Wichtigkeitsfragen, Angaben zur Person und Platz für handschriftliche Kommentare. Dieser Fragebogen ist im Kapitel 25 Anhang E abgelegt.

1999 überarbeitet die Forschungsgruppe Metrik den Fragebogen leicht. Neben einigen redaktionellen Modifikationen, fügt man die Frage „Mein Gesamturteil aufgrund all meiner Erfahrungen, die ich bis jetzt mit diesem Krankenhaus gemacht habe, ist ...“ hinzu.

2000 kommt es innerhalb einer grundlegenden Überarbeitung des Fragebogens vor allem zu einer massiven Kürzung. Items, die sich als nicht stabil erwiesen haben, werden entfernt und Items, die gemäß der Analyse der handschriftlichen Kommentare, fehlen, ergänzt man. Die überarbeitete Version ist im Kapitel 26 Anhang E angefügt.

Die nächste tiefgreifende Revision erhält der Fragebogen 2004. Neben kleineren Änderungen im Bereich der Rating-/ Zufriedenheitsfragen werden nun auch Erlebnis-/

Reportfragen hinzugefügt. Die zusätzlichen Reportfragen sind im Kapitel 27 Anhang F ergänzt.

2005 erfolgen dann nur noch einige redaktionelle Änderungen, der Fragebogen wird seit dieser Zeit in seinem Kern unverändert eingesetzt.

11.2 Antwortkategorien

Zur Bestimmung der optimalen Antwortkategorien werden in einer Vorstudie 1997 in einem Krankenhaus drei verschiedene Fragebögen eingesetzt. Die Fragen sind identisch und drei unterschiedliche Antwortkategorien werden randomisiert getestet:

- Variante 1 (2 Stufen): ja, nein
- Variante 2 (4 Stufen): stimmt völlig, stimmt eher, stimmt eher nicht, stimmt gar nicht
- Variante 3 (6 Stufen): stimmt völlig, stimmt weitgehend, stimmt eher, stimmt eher nicht, stimmt weitgehend nicht, stimmt gar nicht

Tabelle 36

Kennwerte der Fragebögen mit 2-er, 4-er und 6-er Skalierung

Fragen	2-er Skala Anzahl: 107		4-er Skala Anzahl: 121		6-er Skala Anzahl: 119	
	Missing- quote	Mittelwert	Missing- quote	Mittelwert	Missing- quote	Mittelwert
Auf meine Wünsche wird eingegangen	8%	1,01	2%	1,25	4%	1,50
Rücksicht auf meine Sorgen/Ängste	15%	1,04	3%	1,32	9%	1,56
Selbstbestimmung bleibt erhalten	12%	1,01	4%	1,25	4%	1,46
Alle Mitarbeiter wissen Bescheid	20%	1,10	13%	1,47	13%	1,74
Schichten informieren sich sehr gut	16%	1,03	12%	1,29	17%	1,42
Auf Klingeln wird sofort reagiert	10%	1,04	7%	1,16	10%	1,19
Team arbeitet harmonisch zusammen	10%	1,00	9%	1,11	8%	1,26
Pflegekräfte sind mir eine große Hilfe	9%	1,02	5%	1,15	7%	1,23
Mitarbeiter sind offen für Anregungen	42%	1,10	38%	1,53	46%	1,81
Kundenorientiertes Team ist mir wichtig	22%	1,04	16%	1,14	19%	1,27
Alle Räume des KH sins sehr sauber	7%	1,14	6%	1,50	4%	1,72
Sauberkeit ist mir besonders wichtig	6%	1,02	4%	1,09	3%	1,12
Es gibt genug Aufenthaltsräume	29%	1,22	19%	1,63	24%	1,91
Unterhaltungsangebot ist gut organisiert	40%	1,20	36%	1,76	41%	1,90
Mit Radioservice etc. sehr zufrieden	19%	1,15	14%	1,57	15%	1,53
Kiosk ist sehr gut ausgestattet	39%	1,03	25%	1,43	22%	1,60
Zimmer entsprechen meinen Erwartungen	13%	1,14	5%	1,64	6%	1,88
Untersuchungsräume ansprechend gestaltet	17%	1,07	10%	1,51	13%	1,59
Gesamtgebäude macht angenehmen Eindruck	12%	1,04	10%	1,31	5%	1,47
Gute Ausstattung ist besonders wichtig	14%	1,00	5%	1,20	8%	1,35
Diagnosen werden verständlich erklärt	3%	1,05	2%	1,32	1%	1,36
Diagnosen werden angemessen mitgeteilt	12%	1,02	7%	1,32	9%	1,43
Pflegemaßnahmen verständlich erklärt	15%	1,03	8%	1,34	9%	1,53
Bei Visiten ausführlich fragen möglich	15%	1,07	6%	1,32	11%	1,55
Über Behandlung/Verlauf aufgeklärt	10%	1,04	2%	1,28	8%	1,39
Bis jetzt Behandlung äußerst erfolgreich	30%	1,07	14%	1,42	21%	1,36
Gute medizinische Versorgung wichtig	2%	1,00	2%	1,03	5%	1,03
Bekannt welche Krankheiten behandelt werden	21%	1,25	17%	1,55	18%	2,08
Essen ist hervorragend	17%	1,13	4%	1,61	12%	1,73
Kann Essen auswählen	16%	1,04	12%	1,41	8%	1,62
Auch Schonkost ist schmackhaft	41%	1,08	31%	1,41	32%	1,70
Tablettsystem gefällt mir sehr gut	16%	1,03	10%	1,46	10%	1,39
Gerne in Personalcafeteria essen	25%	1,44	30%	2,40	35%	3,13
Gutes Essen ist mir besonders wichtig	13%	1,10	8%	1,29	11%	1,58
Räumlichkeiten ermöglichen Kontaktaufnahme	25%	1,13	15%	1,42	23%	1,80
Austausch von Sorgen mit ähnlich Kranken	33%	1,22	23%	1,61	29%	1,92
Guter Kontakt zu Mitpatienten wichtig	20%	1,12	7%	1,44	18%	1,74
Hektik im Ablauf so gut wie nie wahrnehmbar	19%	1,17	7%	1,71	13%	1,88
Berufgruppen arbeiten harmonisch zusammen	30%	1,03	21%	1,37	30%	1,47
Hausarzt und KH arbeiten eng zusammen	40%	1,34	26%	1,71	39%	2,13
Auf Entlassung vorbereitet worden	42%	1,10	36%	1,38	31%	1,49
Untersuchungen zügig durchgeführt	10%	1,07	7%	1,34	7%	1,49
Wartezeiten so gering darum keine Rolle	17%	1,16	7%	1,47	10%	1,52
Gute Zusammenarbeit der Gruppen wichtig	22%	1,01	21%	1,21	20%	1,25
Aufnahme ging schnell vonstatten	10%	1,06	5%	1,25	4%	1,45
Aufnahmeformalitäten übersichtlich	18%	1,03	11%	1,31	8%	1,29
Schnelle Abwicklung Verwaltung wichtig	19%	1,05	14%	1,23	14%	1,35
Besuchszeiten sind patientenfreundlich	10%	1,05	6%	1,22	4%	1,20
Angehörige werden ausreichend informiert	27%	1,18	30%	1,62	31%	1,77
Angehörige aktiv in Behandlung einbezogen	38%	1,26	33%	1,90	45%	2,24
Aktive Angehörigeneinbeziehung wichtig	22%	1,12	24%	1,51	29%	1,67
Grüne-Damen sehr große Hilfe	48%	1,25	47%	1,66	48%	2,06
Physikal-Therapie Mitarbeiter freundlich	52%	1,08	49%	1,26	52%	1,46
Sozialdienst bei Problemen große Hilfe	64%	1,10	66%	1,41	66%	1,45
Seelsorger wird sofort verständigt	69%	1,12	71%	1,37	72%	1,64
Seelsorgerische Betreuung sehr wichtig	47%	1,42	52%	2,05	50%	2,95
Wahl des KH aufgrund Empfehlung Bekannter	36%	1,51	40%	2,07	42%	3,07
Wahl des KH aufgrund Empfehlung Ärzte	21%	1,26	21%	1,62	28%	1,80
Selber für dieses KH entschieden	31%	1,26	30%	1,55	31%	1,76
KH wähle ich sehr sorgfältig aus	32%	1,08	29%	1,22	35%	1,57
KH mit öffentlichem Verkehr gut erreichbar	27%	1,26	31%	1,70	39%	2,24
Erreichbarkeit mit öff Verkehr wichtig	26%	1,20	25%	1,58	38%	2,05
Immer ausreichenden Parkplätze vorhanden	28%	1,49	22%	2,45	20%	2,86
Gesamtbeurteilung des KH	9%	2,35	10%	2,26	12%	2,21
Mittelwerte über alle Fragen:	23%	1,14	18%	1,47	21%	1,69

Die Fragen weisen alle eine extreme Schiefe auf und die Quote der nicht antwortenden Patienten ist bei den Varianten 1 und 3 am höchsten.

Die Überprüfung der Schwellenwerte des ordinalen Raschmodells (siehe Kapitel 9.1.2) für die vierer und die sechser Skala mittels Winmira 2001 und dem Bootstrap-Verfahren führt zur Verwerfung der Modelle, die Schwellenwerte sind ungeordnet.

Diese Ergebnisse führen bei den Zufriedenheitsfragen zu einem fünfstufigen Antwortformat:

- 1=das Beste, was ich je erlebt habe
- 2=sehr gut
- 3=gut
- 4=akzeptabel
- 5=schlecht

Die Kennwerte dieser Antwortkategorien sind in Kapitel 12.2.3 dargestellt.

Bei den Erlebnis-/ Reportfragen kommen vier Antwortkategorien zum Einsatz:

- 1=immer
- 2=oft
- 3=selten
- 4=nie

Die Wichtigkeitsfragen sind mit vier Antwortkategorien versehen:

- 1=einer der wichtigsten Aspekte überhaupt
- 2=sehr wichtig
- 3=eher wichtig
- 4=eher unwichtig

11.3 Themengebiete des verwendeten Fragebogens

Im Kapitel 4.4 sind die gängigen Themengebiete dargestellt, die im Bereich der Patientenbefragung Verwendung finden: Diese werden nun mit den Themengebieten verglichen, die der Fragebogen der Forschungsgruppe Metrik nutzt:

Tabelle 37

Themengebiete gemäß der Literatur im Vergleich zum verwendeten Fragebogen

Themengebiete gemäß der Literatur	Themengebiete des Metrikfragebogens
Zwischenmenschliche Beziehung	Ärztliche Versorgung & Pflegerische Versorgung
Diagnostische Kompetenz der Leistungserbringer	Ärztliche Versorgung
Zugang/ Verfügbarkeit der Behandlung	-
Kosten der Behandlung	-
Räumliche Situation	Patientenzimmer & Sauberkeit/ Hygiene
Kontinuität der Versorgung	Entlassungsmanagement
Ergebnisbeurteilung	Ärztliche Versorgung
Zusätzliche Aspekte gemäß der Literatur	Zusätzliche Aspekte im Fragebogens
Informationen	Ärztliche Versorgung & Pflegerische Versorgung
Differenzierung von ärztlichen und pflegerischen Leistung	Ärztliche Versorgung & Pflegerische Versorgung
Gesamtzufriedenheit	Gesamturteil
Gesamtqualität	Gesamturteil
Administration	Aufnahme
Berücksichtigung psychosozialer Probleme	
	Angehörigenintegration
	Essen
	Funktionsbereiche
	Kiosk/ Cafeteria
	Schmerzmanagement
	Wartezeiten

Die Fragen des Metrikbogens beziehen sich im Bereich Ärztliche Versorgung & Pflegerische Versorgung auf zwischenmenschliche Aspekte, z. B. „Die Berücksichtigung meiner Sorgen und Ängste durch das Pflegepersonal ist ...“ oder „Die Einfühlsamkeit, mit der mir die Diagnose mitgeteilt werden, ist ...“ (s. Kapitel 23).

Die in der Literatur standardmäßig geforderten Themengebiete „Zugang/ Verfügbarkeit der Behandlung“ und „Kosten der Behandlung“ sind in dem verwendeten Fragebogen nicht enthalten. Hintergrund ist hier, dass viele Studien sich auf den englischsprachigen Raum beziehen und in den USA das Thema Kosten eine erhebliche

Rolle spielt und sowohl in England als auch in den USA der Zugang zu Gesundheitsleistungen ein sehr relevantes Problem darstellt. Diese beiden Aspekte spielen jedoch in einem Gesundheitssystem mit freiem Zugang und genereller Kostenübernahme durch die Kassen keine Rolle (vergleiche Kapitel 2.2). Solche länderspezifischen Anpassungen eines Fragebogens sind unumgänglich (vergleiche Kapitel 5.5.4), ein Vorgehen, das auch in anderen europäischen Studien gewählt wird (Iversen, et al., 2009).

Der Fragebogen deckt somit die in der Literatur geforderten Themengebiete nach der für den deutschsprachigen Raum notwendigen Korrekturen voll und ganz ab und erfasst noch zusätzliche Themen, die über den Mindeststandard hinausgehen.

Die Reportfragen sind bei der Forschungsgruppe Metrik nicht Themengebieten zugeordnet.

11.3.1 Zuordnung der Fragen zu den Themengebieten bei den Zufriedenheits-/ Ratingitems

Die Forschungsgruppe Metrik teilt den Fragebogen im Bereich der Zufriedenheits-/ Ratingfragen in 13 Themengebiete ein, wobei einzelne Themengebiete teilweise durch eine einzige Frage abgedeckt werden.

Tabelle 38

Zuordnung der Zufriedenheitsfragen zu den Themengebieten

Themengebiet	Frage
<i>Angehörigenintegration</i>	Die Angemessenheit der Informationen für meine Angehörigen ist ...
<i>Ärztliche Versorgung</i>	Die Aufklärung durch die Ärzte über Behandlung und Verlauf meiner Krankheit ist ...
	Die Einfühlsamkeit, mit der mir die Diagnosen mitgeteilt werden, ist ...
	Die Freundlichkeit der Ärzte ist ...
	Während der Visite ist der Umgang der Ärzte mit meinen Fragen ...
	Der Erfolg der Behandlung ist bis jetzt ...
<i>Aufnahme</i>	Die Freundlichkeit des Personals bei der Aufnahme ist ...
	Die Verständlichkeit der Aufnahmeformulare ist ...
<i>Entlassungsmanagement</i>	Die Aufklärung über Komplikationen meiner Krankheit, auf die ich nach meiner Entlassung achten muss, ist ...
	Die Vorbereitung auf meine Entlassung aus dem Krankenhaus ist ...
<i>Essen</i>	Das Essen ist ...
<i>Funktionsbereiche</i>	Meine Erfahrungen mit den anderen Funktionsbereichen (EKG, Endoskopie, Sonographie, ...) sind ...
	Meine Erfahrungen mit der Röntgenabteilung sind ...
<i>Gesamturteil</i>	Ich werde dieses Krankenhaus weiterempfehlen als ...
	Mein Gesamturteil aufgrund all meiner Erfahrungen, die ich bis jetzt mit diesem Krankenhaus gemacht habe, ist ...
<i>Kiosk/ Cafeteria</i>	Die Cafeteria / der Kiosk ist / sind ...
<i>Patientenzimmer</i>	Die Patientenzimmer sind ...
<i>Pflegerische Versorgung</i>	Die Auskünfte der Pflegekräfte der Station über die Abläufe im Krankenhaus sind ...
	Die Berücksichtigung meiner Sorgen und Ängste durch das Pflegepersonal ist ...
	Die Freundlichkeit des Pflegepersonals ist ...
	Die Offenheit des Pflegepersonals für Anregungen und Verbesserungsvorschläge ist ...
	Die tägliche Unterstützung durch das Pflegepersonal ist ...
	Die Wahrung meiner Intimsphäre durch das Personal ist ...
<i>Sauberkeit/ Hygiene</i>	Die hygienischen Verhältnisse sind ...
<i>Schmerzmanagement</i>	Die Wirksamkeit, mit der meine Schmerzen gelindert werden, ist ...
<i>Wartezeiten</i>	Die Wartezeiten (Röntgen, Labor, OP, Visiten) sind ...
<i>Nicht zugeordnet</i>	<i>Die Frage: „Die Ausbildung und die Möglichkeit, sich im Haus zu orientieren, ist ...“ ist keinem Themengebiet zugeordnet.</i>

11.3.2 Zuordnung der Wichtigkeitsfragen zu den Themengebieten

Jedem Themengebiet der Ratingfragen ordnet Metrik eine Wichtigkeitsfrage zu:

Tabelle 39

Zuordnung der Wichtigkeitsfragen zu den Themengebieten

Themengebiet	Zugeordnete Wichtigkeitsfrage
<i>Essen</i>	Die Qualität des Essens ist mir ...
<i>Sauberkeit/ Hygiene</i>	Die hygienischen Verhältnisse im Krankenhaus sind mir ...
<i>Patientenzimmer</i>	Der Gesamtzustand der Zimmer ist mir ...
<i>Kiosk/ Cafeteria</i>	Die Cafeteria / der Kiosk ist / sind mir ...
<i>Pflegerische Versorgung</i>	Die pflegerische Betreuung ist mir ...
<i>Ärztliche Versorgung</i>	Die ärztliche Betreuung ist mir ...
<i>Wartezeiten</i>	Geringe Wartezeiten sind mir ...
<i>Schmerzmanagement</i>	Die erfolgreiche Schmerzlinderung ist mir ...
<i>Aufnahme</i>	Eine reibungslose Aufnahme ist mir ...
<i>Angehörigenintegration</i>	Die Art und Weise, wie meine Angehörigen mit einbezogen werden, ist mir ...
<i>Funktionsbereiche</i>	Die Funktionsbereiche (EKG, Röntgen, Krankengymnastik, ...) sind mir ...
<i>Entlassungsmanagement</i>	Die sorgfältige Vorbereitung der Entlassung ist mir ...

Die Einteilung der Fragen in Themengebiete/ Dimensionen durch die Forschungsgruppe Metrik bedarf der wissenschaftlichen Überprüfung (vergleiche Kapitel 12.2 und 12.3).

11.4 Datenerhebung

Alle Fragebögen verteilt man mittels vergleichbarer Verfahren. Entweder werden die Patienten stichtagsbezogen im Haus (vergleiche (Zinn, 2001) S. 168 ff und Anhang G - Durchführungshinweise Patientenbefragung oder nach der Entlassung (vergleiche (Zinn, 2001) S. 167 und Anhang G -Durchführungshinweise Patientenbefragung befragt. Beide Methoden liefern vergleichbare Ergebnisse, was an anderer Stelle diskutiert wird (Zinn, Hauck, & Göllner, 2009). In vielen Fällen nutzen Krankenhäuser beide Verfahren parallel zur Validierung ihrer Ergebnisse im Sinne der Triangulation (vergleiche Kapitel 9.6.4).

12 Qualität des Fragebogens

Wie Kapitel 5 verdeutlicht, können die Hypothesen nur dann wissenschaftlich überprüft werden, wenn der verwendete Fragebogen den drei Testgütekriterien genügt:

- 1) Objektivität (Ist ein Test unabhängig vom Testdurchführer? – Kapitel 5.2)
- 2) Validität (Misst der Test das, was er zu messen beabsichtigt? – Kapitel 5.3)
- 3) Reliabilität (Zuverlässigkeit der Messung – Kapitel 5.4)

Da diesbezüglich für den verwendeten Fragebogen keine Publikation vorliegt, muss die gründliche Überprüfung der Gütekriterien im Rahmen dieser Studie erfolgen.

Abschließend erfolgt eine Untersuchung, inwieweit die Fragen sensitiv bezüglich des Einflusses übergeordneter Ebenen (Station, Abteilung, Krankenhaus) sind.

12.1 Objektivität

Die Durchführungsobjektivität ist durch schriftlich fixierte Anweisungen gesichert (vergleiche Anhang G -Durchführungshinweise Patientenbefragung).

Die Auswertungsobjektivität ist durch eindeutige standardisierte Auswertungsverfahren der Forschungsgruppe Metrik geregelt, bei der die Erfassungsqualität der Daten kontinuierlich überprüft wird und zwei unabhängige statistische Verfahren diese Daten dann auswerten. Nach einem Vergleich der Endergebnisse der beiden unabhängigen Auswertungsverfahren, erhält der Kunde das Ergebnis nur bei Übereinstimmung, bei Abweichungen kommt es zu einer kompletten Überprüfung der Analyse bis zwei identische Ergebnisse vorliegen.

Für die Interpretationsobjektivität gibt es Handbücher und Benchmarkwerte, die die Interpretation der Ergebnisse vereinheitlichen. Zusätzlich stellt im Regelfall geschultes Personal die Ergebnisse in den Einrichtungen vor.

Fazit

Sowohl die Durchführungs- als auch die Auswertungs- und die Interpretationsobjektivität sind voll und ganz gewährleistet.

12.2 Validität

Die Validität gibt Auskunft darüber, ob ein Test das misst, was er vorgibt zu messen (vergleiche Kapitel 5.3). Sie stellt somit das zentrale Gütekriterium dar und aus diesem Grund erfolgt die Überprüfung der Validität des Fragebogen besonders intensiv. Ein Weg zur Erhöhung der Validität eines Fragebogens stellt die Triangulation (vergleiche Kapitel 9.1) dar, bei der mittels unterschiedlicher Methoden ein und dasselbe Objekt untersucht wird und sich dadurch die gesamte Validität erhöht (Flick, 2008) S. 20. In diesem Sinne werden folgende Verfahren angewendet:

- Inhaltsvalidierung mittels Patienteninterviews
- Empirische Ermittlung der Themengebiete mittels Faktorenanalyse
- Konstruktvalidierung mittels der Probabilistischen Testtheorie
- Konstruktvalidierung mittels Konfirmatorischer Faktorenanalyse
- Konstruktvalidierung mittels Multitrait- Multimethod- Analyse

12.2.1 Inhaltsvalidierung mittels Patienteninterviews

Krüger klärt in ihrer Studie folgende Fragestellung:

- Sind die Fragen des Patientenzufriedenheitsfragebogens der Forschungsgruppe Metrik verständlich formuliert?
- Deckt der Fragebogen der Forschungsgruppe Metrik vollständig das Spektrum der Patientenerfahrungen ab?

(Krüger, 2009).

Bei der Konzeption der Fragen und der Methode orientiert sie sich an Fowler (1995). In 11 fokussierten Interviews, die auf Video festgehalten sind, nutzt sie bei 20 Patienten den Fragebogen der Forschungsgruppe Metrik als „stimulated response“, um diesen

inhaltlich zu validieren. Sie stellt die Fragen aus dem Patientenfragebogen und die Probanden äußern während des Interviews, welche Beobachtungen und Erfahrungen sie bei der Beurteilung des Items zugrunde legen. Dadurch wird transparent, auf welchem Hintergrund und mit welchem Verständnis sie die Frage beantworten.

Während des fokussierten Interviews wird der Fragebogen paarweise den Probanden vorgelegt. Das Paar- Interview dient dazu, unterschiedliche Verständnisse zwischen den beiden Personen zu entdecken und diese zu vermehrten Äußerungen zu animieren. Die 20 Patienten kommen aus unterschiedlichen Bereichen, so dass eine möglichst vollständige Abdeckung des Untersuchungsgebietes gewährleistet ist:

- Chirurgie (4 Patienten)
- Innere Medizin (5 Patienten)
- Pneumologie (2 Patienten)
- Gynäkologie (3 Patienten)
- Entbindung (2 Patienten)
- Plastische Chirurgie (4 Patienten)

Bei den Zufriedenheitsfragen gibt es bei folgenden Items Schwierigkeiten:

- Frage 2: Die Verständlichkeit der Aufnahmeformulare ist ...
- Frage 5: Die Offenheit der Pflegekräfte für Anregungen und Verbesserungsvorschläge ist ...
- Frage 15: Der Erfolg der Behandlung ist bis jetzt ...
- Frage 17: Meine Erfahrungen mit der KG sind ...
- Frage 18: Meine Erfahrungen mit der Röntgenabteilung sind ...
- Frage 19: Meine Erfahrungen mit den anderen Funktionsbereichen (EKG, Endoskopie, Sonografie, ...) sind ...
- Frage 20: Die Angemessenheit der Informationen für meine Angehörigen ist ...

Die Schwierigkeiten sind generell eher marginaler Natur: So besteht Unklarheit bezüglich des Aufnahmeortes (in der Notaufnahme oder Verwaltung) oder den Pflegekräften

wird kein Handlungsspielraum für eigenständige Veränderung zugestanden. Manche Patienten können den Erfolg der Behandlung zum Zeitpunkt des Interviews noch nicht beurteilen und andere haben noch keine Kontakte zu den Funktionsbereichen (Frage 17-19).

Die Verständlichkeit der ereignisorientierten Fragen stellen im allgemeinen kaum Probleme für die Patienten dar, außer die drei folgenden Fragen:

- Frage d) „es wird mit mir gesprochen, nicht über mich“
- Frage e) „ich kann meine Behandlung aktiv mitbestimmen.“
- Frage l) „ich werde durch Zigarettenrauch belästigt.“

Interessant ist, dass die Fragen d) und e), die ein verändertes Patientenselbstverständnis thematisieren, als kritisch erlebt werden. Dies könnte man als Hinweis deuten, dass das Rollenverständnis des selbstbestimmten Patienten noch nicht die volle Durchdringung hat. Die Klassifizierung der Frage l) als überflüssig in einem generell rauchfreien Krankenhaus ist selbsterklärend.

Sämtliche Fragen zu den Wichtigkeiten sind für die Versuchspersonen unproblematisch und leicht zu beantworten. Auch die Unterscheidung zu den Zufriedenheits- und Erlebnisfragen wird differenziert wahrgenommen und verstanden. Ein Patient äußert sich dahingehend, dass diese Fragen insofern wesentlich sind, weil „...sie nicht Dinge optimieren sollen, die eh 90% der Patienten überhaupt nicht interessieren.“ (Krüger, 2009) S. 53.

Die Autorin fasst die Ergebnisse folgendermaßen zusammen: „Grundsätzlich kann festgehalten werden, dass die Mehrzahl der in den Interviews befragten Patienten das Anliegen und die Anweisungen des betrachteten Patientenzufriedenheitsfragebogens verstanden hat und ihre Zufriedenheit mittels der Fragengestaltung und den vorgegebenen Antwortkategorien Ausdruck verleihen konnten.“ (Krüger, 2009) S. 65.

Diese Studie bestätigt, dass der Patientenfragebogen der Forschungsgruppe Metrik das gesamte Erlebensspektrum der Patienten abdeckt und ein inhaltlich valides Instrument zur Erfassung der Patientenmeinung ist.

12.2.2 Empirische Ermittlung der Themengebiete mittels Faktorenanalysen

Zur explorativen Ermittlung der Struktur der Themengebiete ist eine Faktorenanalyse (s. Kapitel 9.6.2) vorgeschaltet. Um dem Problem der „zufälligen“ Zuordnung bei unterschiedlichen Faktorenanzahlen zu begegnen, werden in dieser Arbeit Faktorenverläufe ermittelt, d.h. es werden systematisch alle möglichen Anzahlen von Faktoren festgelegt und anschließend jeweils eine Faktorenanalyse mit der vorgegebenen Faktorenanzahl gerechnet. Verwendung findet die Hauptkomponentenextraktion, die Rotation erfolgt orthogonal mittels Varimax. Faktorladungen unter 0,4 werden ausgeblendet. Da die Faktorenanalyse sensitiv bezüglich unterschiedlicher Antwortkategorien ist, analysiert man die drei Fragenbereiche Zufriedenheits-, Erlebnis- und Wichtigkeitsfragen getrennt. Zur Verwendung kommt als Software das Statistikprogramm SPSS 12.0.1, Datenbasis ist der Datenpool 1. Später kommen auch andere Programme zum Einsatz, dies wird dann aber explizit erwähnt.

Die nachfolgenden Grafiken sind folgendermaßen zu interpretieren:

Tabelle 40

Erklärung der Faktorenanalytischen Verlaufsmatrix:

1.	Erklärte Varianz:		2. Faktoren						
	2.	3.	48%	53%	56%	60%	63%	66%	69%
Frage	2	3	4	5	6	7	8	9	3.
Ich werde dieses Krankenhaus weiterempfehlen als	1	2	1	1	1	1	3	7	3.
	0,62	0,49	0,5	0,47	0,44	0,43	0,43	0,6	
Mein Gesamturteil aufgrund all meiner Erfahrungen, die ich bis jetzt mit diesem Krankenhaus gemacht habe, ist	1	2	2	2	1	1	1	7	4.
	0,67	0,52	0,53	0,51	0,46	0,46	0,43	0,55	
Die Wahrung meiner Intimsphäre durch das Personal ist	1	2	2	2	1	1	1	1	5.
	0,61	0,54	0,51	0,54	0,55	0,56	0,55	0,55	

Anmerkung:

1. Die Fragen
2. Die Anzahl der Faktoren, die für diese Faktorenanalyse festgelegt sind
3. Die kumulierte erklärte Varianz
4. Die obere Zahl ist der zugeordnete Faktor, die mittlere Zahl ist die höchste Faktorladung und die untere Zahl gibt an, auf wie viele Faktoren (>0,4) die Frage lädt.
5. Die dicke Umrandung markiert die Faktoranzahl, die die Faktorenanalyse bei dem Standardkriterium Eigenwert >1 bestimmt.

Verlauf der Zufriedenheitsfragen

Tabelle 41

Verlaufsmatrix der Zufriedenheitsfragen

Erklärte Varianz:	43%	48%	53%	56%	60%	63%	66%	69%	71%	74%	76%	78%	80%	82%	84%	86%	88%	89%	91%	93%
Faktoren																				
Frage	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Ich werde dieses Krankenhaus weiterempfehlen als	1	2	1	1	1	1	3	7	0	8	8	8	8	7	5	5	4	4	4	3
Mein Gesamturteil aufgrund all meiner Erfahrungen, die ich bis jetzt mit diesem Krankenhaus gemacht habe, ist	0,62	0,49	0,5	0,47	0,44	0,43	0,43	0,6	-	0,73	0,74	0,76	0,77	0,79	0,79	0,79	0,8	0,8	0,81	0,81
Die Wahrung meiner Intimsphäre durch das Personal ist	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Die Auskünfte der Pflegekräfte der Station über die Abläufe im Krankenhaus sind	0,61	0,54	0,51	0,54	0,55	0,56	0,55	0,57	0,56	0,56	0,56	0,56	0,82	0,84	0,84	0,84	0,84	0,85	0,85	0,86
Die Offenheit des Pflegepersonals für Anregungen und Verbesserungsvorschläge ist	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	6	6	5	5
Die Freundlichkeit des Pflegepersonals ist	0,67	0,69	0,69	0,7	0,71	0,72	0,73	0,74	0,73	0,74	0,76	0,76	0,76	0,76	0,74	0,74	0,63	0,74	0,74	0,82
Die Berücksichtigung meiner Sorgen und Ängste durch das Pflegepersonal ist	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2
Die tägliche Unterstützung durch das Pflegepersonal ist	0,71	0,68	0,67	0,67	0,68	0,68	0,68	0,68	0,68	0,69	0,7	0,7	0,71	0,71	0,71	0,72	0,72	0,73	0,74	0,74
Die Angemessenheit der Informationen für meine Angehörigen ist	1	1	1	1	5	5	4	4	10	11	12	12	13	13	13	13	11	11	11	11
Die Einfühlbarkeit, mit der mir die Diagnosen mitgeteilt werden, ist	0,48	0,48	0,48	0,44	0,49	0,48	0,48	0,51	0,65	0,77	0,84	0,9	0,9	0,91	0,91	0,91	0,91	0,91	0,91	0,92
Die Freundlichkeit der Ärzte ist	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	20
Während der Visite ist der Umgang der Ärzte mit meinen Fragen	0,68	0,64	0,64	0,65	0,63	0,63	0,63	0,63	0,64	0,64	0,64	0,65	0,65	0,64	0,65	0,65	0,65	0,65	0,65	0,66
Die Aufklärung durch die Ärzte über Behandlung und Verlauf meiner Krankheit ist	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1
Die Wartezeiten (Röntgen, Labor, OP, Visiten)	0,69	0,66	0,69	0,71	0,74	0,74	0,74	0,73	0,74	0,73	0,73	0,73	0,73	0,73	0,74	0,75	0,75	0,75	0,75	0,79
Meine Erfahrungen mit den anderen Funktionsbereichen (EKG, Endoskopie, Sonographie)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Meine Erfahrungen mit der Röntgenabteilung sind	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Die Aufklärung über Komplikationen meiner Krankheit, auf die ich nach meiner Entlassung achten muß, ist	2	3	3	4	4	4	5	3	3	3	3	13	12	12	12	12	12	12	12	10
Die Vorbereitung auf meine Entlassung aus dem Krankenhaus ist	0,53	0,45	0,57	0,58	0,59	0,56	0,57	0,57	0,58	0,58	0,59	0,87	0,89	0,9	0,9	0,9	0,91	0,91	0,91	0,92
Die Freundlichkeit des Personals bei der Aufnahme ist	2	1	3	4	4	4	5	3	3	3	4	4	4	4	4	4	5	5	15	14
Die Verständlichkeit der Aufnahmeformulare ist	0,46	0,57	0,53	0,74	0,74	0,75	0,75	0,76	0,76	0,75	0,75	0,79	0,8	0,8	0,8	0,8	0,79	0,79	0,79	0,89
Die Ausschilderung und die Möglichkeit, sich im Haus zu orientieren, ist	2	1	3	4	4	4	5	3	3	3	3	4	4	4	4	4	5	5	8	8
Die hygienischen Verhältnisse sind	0,49	0,54	0,59	0,8	0,8	0,81	0,82	0,82	0,82	0,82	0,82	0,81	0,82	0,82	0,82	0,81	0,81	0,81	0,82	0,92
Die Patientenzimmer sind	1	1	1	1	5	5	4	4	4	6	5	5	5	5	8	14	14	14	17	17
Die Cafeteria / der Kiosk ist / sind	0,53	0,59	0,62	0,62	0,7	0,72	0,73	0,72	0,74	0,75	0,75	0,76	0,76	0,76	0,8	0,81	0,81	0,81	0,87	0,88
Die Wirksamkeit, mit der meine Schmerzen gelindert werden, ist	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1
Der Erfolg der Behandlung ist bis jetzt	1	1	1	1	2	7	7	8	7	7	7	7	7	6	7	16	18	18	19	18
Das Essen ist	0,53	0,55	0,54	0,49	0,48	0,75	0,79	0,79	0,79	0,79	0,8	0,79	0,8	0,8	0,81	0,82	0,82	0,82	0,89	0,89
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Anmerkung: Faktorenverlauf mit farblicher Kennzeichnung der Faktoren

^a Anteil der durch die Faktoren erklärte Varianz

^b Anzahl der festgelegten Faktoren

^c Die obere Zahl ist der Faktor, auf den die Frage, gemäß der Faktorenanalyse, lädt.

Die mittlere Zahl ist die Faktorladung.

Die untere Zahl zeigt an, auf wie viele Faktoren die Frage mit einem Wert größer 0,4 lädt.

^d Die fett umrandete Spalte ist die Faktorenanzahl, die die Faktorenanalyse bei der Einstellung Eigenwerte >1 generiert.

Das Verlaufsdiagramm zeigt, wie die Historie der Themengebiete ist. Wenn zwei Faktoren vorgegeben sind, dann gibt es einen Bereich Krankenversorgung mit ärztlichen und pflegerischen Tätigkeiten und einen weiteren Bereich mit den restlichen Fragen. Bei drei Faktoren trennen sich sofort ärztliche und pflegerische Tätigkeiten und es bleibt ein Restbereich übrig. Im nächsten Schritt spaltet sich der Funktionsbereich und die Aufnahme ab, die sich dann ab dem 5. Faktor ihrerseits wieder trennen. Ab dem 6. Faktor differenziert sich der Bereich der ärztlichen Tätigkeiten. Zuerst bildet die Entlassung einen eigenständigen Bereich, dann folgt die Dimension Schmerzen und Behandlungserfolg. Ab dem 8. Faktor kommt es zu einer Diversifizierung der Strukturkomponente. Kiosk und Cafeteria bilden ein Themengebiet, dann spaltet sich das Essen ab. Mit dem 10. Faktor löst sich die Angehörigenarbeit von der Entlassung und zum Schluss wird das Gesamturteil zu einer eigenständigen Dimension. Danach kommt es nur noch zu Auflösungserscheinungen, einzelne Fragen fallen aus dem Verbund der Themengebiete heraus und beim 15. Faktor werden nur noch 14 genutzt.

Grafisch lässt sich das folgendermaßen veranschaulichen:

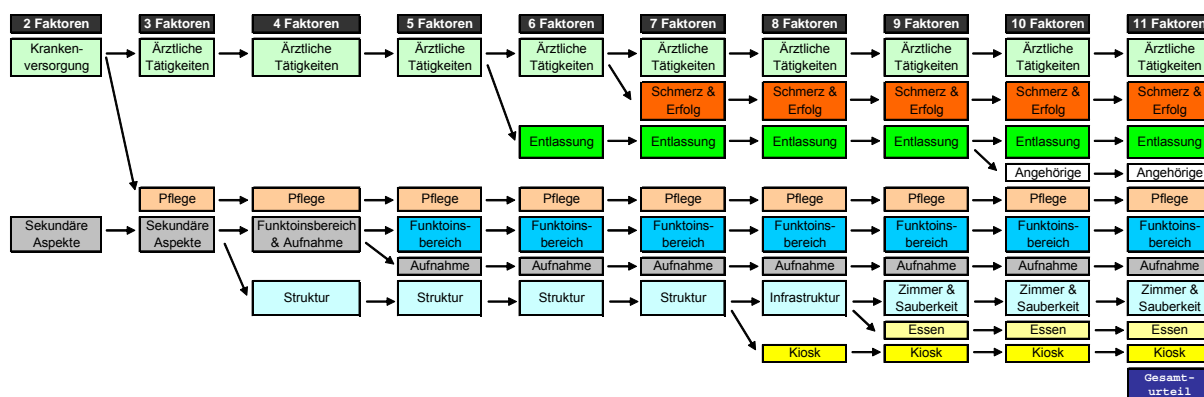


Abbildung 41 Genese der Themengebiete bei den Zufriedenheitsfragen

Diese Form der Faktorenanalyse ist mehr als eine reine explorative Methode, sie hat auch konstruktvalidierende Aspekte, da die Zuordnung von der „zufällig/ willkürlich“ vorgegebenen Faktorenanzahl losgelöst ist und die innere Struktur, die hinter den Daten liegt, deutlich wird.

Die Ergebnisse zeigen, dass sich die durch die Forschungsgruppe Metrik definierten Themengebiete größtenteils empirisch wiederfinden (vergleiche Kapitel 11.3.1).

Abweichungen gibt es nur bei folgender Frage:

Tabelle 42*Abweichende Zuordnung der Zufriedenheitsfragen*

Frage	Metrik Zuordnung	Faktorenanalytische Zuordnung
Der Erfolg der Behandlung ist bis jetzt ...	Ärzte	Schmerzen

Hier muss mittels weiterer Verfahren überprüft werden, zu welcher Skala die Frage gehört.

Bei den unten aufgelisteten Fragen kommt es zu Zusammenschlüssen von Fragen, die bei der Forschungsgruppe Metrik getrennt sind:

Tabelle 43*Zusammenschlüsse von Fragen*

Frage	Metrik Zuordnung	Faktorenanalytische Zuordnung
Die Patientenzimmer sind ...	Patientenzimmer	Sauberkeit/ Hygiene
Die Wartezeiten (Röntgen, Labor, OP, Visiten) sind ...	Wartezeiten	Funktionsbereich
Die Ausschilderung und die Möglichkeit, sich im Haus zu orientieren, ist ...	keine Zuordnung	Aufnahme

Das Verfahren der Faktorenanalyse ist aber so angelegt, dass eine Trennung von Faktoren erlaubt ist, bzw. sogar gefordert wird, wenn dies inhaltlich begründet ist. Es handelt sich also bei diesen Fragenzuordnungen nicht um Abweichungen im eigentlichen Sinne.

Da verschiedene statistische Verfahren (Reliabilitätsberechnung, Schwellenwertberechnungen, Konfirmatorische Faktorenanalysen, ...) mindestens zwei Fragen pro Themengebiet benötigen, erfolgt in den weiteren Analysen folgende Zuordnung:

Tabelle 44

Neue Zuordnung einzelner Fragen

Frage	altes Themengebiet	neues Themengebiet
Die Patientenzimmer sind ...	Patientenzimmer	Infrastruktur
Die hygienischen Verhältnisse sind ...	Sauberkeit	Infrastruktur
Die Wartezeiten (Röntgen, Labor, OP, Visiten) sind ...	Wartezeiten	Funktionsbereich
Die Cafeteria/ der Kiosk ist/ sind ...	Kiosk/ Cafeteria	Catering
Das Essen ist ...	Essen	Catering

Auf die Zuordnung der Frage „Die Ausschilderung und die Möglichkeit, sich im Haus zu orientieren, ist ...“ zur Aufnahme wird aus inhaltlichen Überlegungen verzichtet.

Die Zufriedenheitsfragen sind in folgende Themengebiete zusammengefasst:

- Angehörige
- Ärzte
- Aufnahme
- Catering
- Entlassung
- Funktionsbereich
- Gesamturteil
- Infrastruktur
- Pflege
- Schmerzen

Verlauf der Erlebnisfragen

Bei diesem Fragetyp besteht keine Zuordnung der Fragen zu übergeordneten Themengebieten durch die Forschungsgruppe Metrik. Deshalb wird das gleiche Verfahren für die Reportfragen angewendet, auch wenn diese Fragen eine deutliche Linksschiefe aufweisen und damit die Voraussetzungen der Faktorenanalyse verletzt werden. Da es sich hierbei um eine explorative Herangehensweise handelt, wird dieses Problem jedoch akzeptiert.

Tabelle 45

Verlaufsmatrix der Erlebnisfragen

Erklärte Varianz	48%	58%	65%	71%	76%	81%	86%	91%	94%	97%
Faktoren										
Frage	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Ich habe volles Vertrauen zu den Ärzten.	1 0,68 1	2 0,71 1	2 0,76 1	2 0,81 1	2 0,8 1	2 0,81 1	2 0,77 1	7 0,88 1	9 0,9 1	3 0,91 1
Die Ärzte sind da, wenn ich sie brauche.	1 0,73 1	2 0,75 1	2 0,73 1	2 0,77 1	2 0,79 1	2 0,8 1	2 0,82 1	2 0,82 1	2 0,84 1	9 0,87 1
Die Ärzte sind gesprächsbereit.	1 0,76 1	2 0,78 1	2 0,7 1	2 0,71 1	2 0,74 1	2 0,74 1	2 0,76 1	2 0,82 1	2 0,78 1	10 0,88 1
Es wird mit mir gesprochen, nicht über mich.	1 0,63 1	2 0,66 1	3 0,66 1	3 0,8 1	3 0,73 1	4 0,92 1	3 0,93 1	3 0,94 1	4 0,94 1	4 0,95 1
Ich kann meine Behandlung aktiv mitbestimmen.	1 0,65 1	2 0,65 1	3 0,68 1	3 0,73 1	3 0,79 1	6 0,93 1	8 0,94 1	6 0,94 1	5 0,94 1	5 0,95 1
Ich habe volles Vertrauen zum Pflegepersonal.	2 0,68 1	1 0,71 1	1 0,71 1	1 0,7 2	1 0,76 1	1 0,76 1	1 0,84 1	1 0,8 1	1 0,83 1	1 0,87 1
Die Pflegekräfte sind da, wenn ich sie brauche.	2 0,76 1	1 0,81 1	1 0,81 1	1 0,81 1	1 0,79 1	1 0,79 1	1 0,8 1	1 0,83 1	1 0,81 1	1 0,75 1
Das Pflegepersonal ist gesprächsbereit.	2 0,75 1	1 0,8 1	1 0,8 1	1 0,8 1	1 0,8 1	1 0,81 1	1 0,73 1	1 0,78 1	10 0,73 1	11 0,86 1
Bei Bedarf bekomme ich rechtzeitig Hilfe, um auf die Toilette zu gelangen.	2 0,66 1	1 0,69 1	1 0,7 1	1 0,7 1	6 0,82 1	7 0,92 1	6 0,93 1	8 0,93 1	3 0,94 1	2 0,94 1
Das Personal nimmt sich Zeit für mich.	2 0,62 1	1 0,69 1	1 0,7 1	1 0,69 1	1 0,71 1	1 0,72 1	7 0,85 1	9 0,9 1	6 0,92 1	7 0,92 1
Mein Schlaf wird durchs Personal gestört.	0 - 0	3 0,79 1	4 0,77 1	4 0,99 1	4 0,99 1	3 0,99 1	5 1,00 1	5 1,00 1	7 1,00 1	6 1,00 1
Ich werde durch Zigarettenrauch belästigt.	0 - 0	3 0,79 1	4 0,81 1	5 1,00 1	5 1,00 1	5 1,00 1	4 1,00 1	4 1,00 1	8 1,00 1	8 1,00 1

Anmerkung: Faktorenverlauf mit farblicher Kennzeichnung der Faktoren

^a Anteil der durch die Faktoren erklärte Varianz

^b Anzahl der festgelegten Faktoren

^c Die obere Zahl ist der Faktor, auf den die Frage, gemäß der Faktorenanalyse, lädt.

Die mittlere Zahl ist die Faktorladung.

Die untere Zahl zeigt an, auf wie viele Faktoren die Frage mit einem Wert größer 0,4 lädt.

^d Die fett umrandete Spalte ist die Faktorenanzahl, die die Faktorenanalyse bei der Einstellung Eigenwerte >1 generiert.

Bei den Erlebnisfragen kommt es gleich zu Anfang zu einer Trennung von ärztlichen und pflegerischen Tätigkeiten. Beim 3. Faktor erscheint der Bereich der Störungen, der vorher noch keiner Dimension zugeordnet war. Im 4. Faktor spaltet sich der Bereich der Selbstbestimmung aus den ärztlichen Tätigkeiten ab und anschließend trennen sich Störung des Schlafes und Belästigung durch Rauchen. Danach kommt es nur noch zu Auflösungserscheinungen der Faktorenstruktur

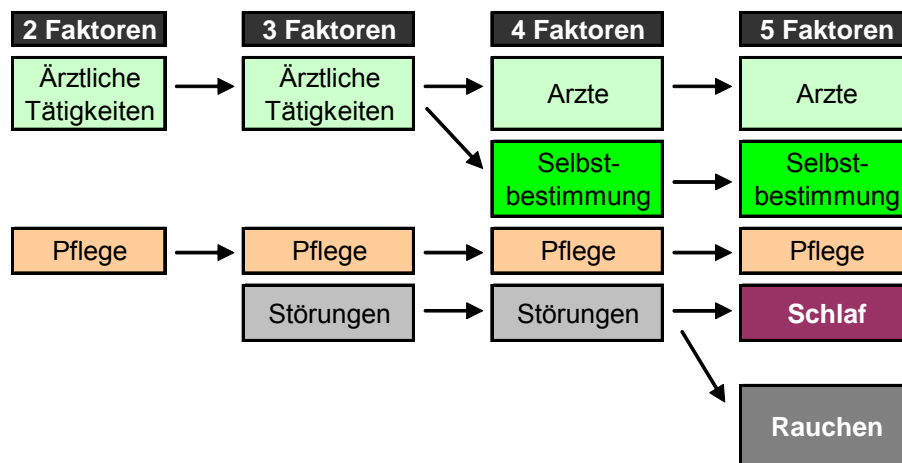


Abbildung 42 Genese der Themengebiete bei den Erlebnisfragen

Aus der Analyse ergibt sich nachfolgende Zusammenfassung der Erlebnisfragen zu Themengebieten:

Tabelle 46

Themengebiete der Reportfragen und die dazugehörigen Fragen

Themengebiet	Frage
<i>Ärztlich Versorgung</i>	Ich habe volles Vertrauen zu den Ärzten.
	Die Ärzte sind da, wenn ich sie brauche.
	Die Ärzte sind gesprächsbereit.
<i>Pflegerische Versorgung</i>	Ich habe volles Vertrauen zum Pflegepersonal.
	Die Pflegekräfte sind da, wenn ich sie brauche.
	Das Pflegepersonal ist gesprächsbereit.
	Bei Bedarf bekomme ich rechtzeitig Hilfe, um auf die Toilette zu gelangen.
	Das Personal nimmt sich Zeit für mich.
<i>Störungen</i>	Mein Schlaf wird durchs Personal gestört.
	Ich werde durch Zigarettenrauch belästigt.
<i>Selbstbestimmung</i>	Es wird mit mir gesprochen, nicht über mich.
	Ich kann meine Behandlung aktiv mitbestimmen.

Verlauf der Wichtigkeitsfragen

Bei den Wichtigkeitsfragen gibt es auch keine Einteilung in Gruppen, hier zeigt die Faktorenanalyse folgende Struktur auf:

Tabelle 47

Faktorenverlauf der Wichtigkeitsfragen

Erklärte Varianz ^a	42%	52%	59%	66%	72%	78%	83%	88%	92%	96%	100%
Faktoren											
Frage zur Wichtigkeit	2 ^b	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Die Qualität des Essens ist mir ...	1 ^c 0,44 0	3 ^d 0,72 0	3 0,71 0	4 0,66 0	5 0,5 1	6 0,96 0	8 0,96 0	9 0,96 0	4 0,96 0	4 0,97 0	4 0,97 0
Die Cafeteria und der Kiosk sind mir ...	1 0,53 0	3 0,66 0	3 0,65 0	4 0,82 0	5 0,93 0	5 0,97 0	5 0,97 0	6 0,97 0	5 0,97 0	2 0,98 0	2 0,98 0
Der Gesamtzustand der Zimmer sind mir ...	2 0,42 0	3 0,64 0	3 0,67 0	3 0,76 0	3 0,78 0	4 0,85 0	3 0,85 0	2 0,85 0	2 0,9 0	7 0,95 0	9 0,95 0
Die hygienischen Verhältnisse im Krankenhaus sind mir ...	2 0,67 0	2 0,62 1	1 0,62 1	3 0,76 0	3 0,78 0	4 0,75 0	3 0,75 0	2 0,76 0	2 0,64 0	11 0,94 0	8 0,95 0
Die angemessene Schmerzlinderung ist mir ...	2 0,53 0	2 0,5 1	2 0,59 1	2 0,62 1	1 0,54 1	1 0,54 1	6 0,91 0	5 0,92 0	9 0,93 0	10 0,94 0	7 0,95 0
Die pflegerische Betreuung ist mir ...	2 0,79 0	2 0,78 0	1 0,77 0	2 0,79 0	1 0,82 0	1 0,82 0	2 0,84 0	1 0,84 0	1 0,85 0	1 0,84 0	11 0,93 0
Die ärztliche Betreuung ist mir ...	2 0,82 0	2 0,82 0	1 0,82 0	2 0,8 0	1 0,84 0	1 0,84 0	2 0,86 0	1 0,86 0	1 0,86 0	1 0,87 0	3 0,94 0
Geringe Wartezeiten sind mir ...	1 0,62 0	1 0,57 0	2 0,75 0	1 0,64 0	4 0,83 0	3 0,84 0	4 0,92 0	3 0,94 0	3 0,93 0	5 0,96 0	5 0,96 0
Eine reibungslose Aufnahme ist mir ...	1 0,71 0	1 0,71 0	2 0,66 0	1 0,77 0	4 0,61 1	3 0,64 1	4 0,5 1	3 0,49 1	10 0,83 0	9 0,93 0	12 0,93 0
Die Art und Weise, wie meine Angehörigen einbezogen werden, ist mir...	1 0,64 0	1 0,69 0	4 0,62 0	1 0,66 0	2 0,82 0	2 0,85 0	1 0,85 0	7 0,94 0	6 0,95 0	6 0,95 0	6 0,95 0
Die sorgfältige Vorbereitung der Entlassung ist mir ...	1 0,67 0	1 0,72 0	4 0,65 0	1 0,66 0	2 0,75 0	2 0,76 0	1 0,77 0	4 0,92 0	8 0,9 0	8 0,94 0	10 0,94 0
Der Funktionsbereich (EKG, Röntgenabteilung, Krankengymnastik,) ist mir ...	1 0,43 0	1 0,55 0	4 0,8 0	5 0,86 0	6 0,97 0	7 0,97 0	7 0,97 0	8 0,98 0	7 0,98 0	3 0,98 0	1 0,98 0

Anmerkung: Faktorenverlauf mit farblicher Kennzeichnung der Faktoren

^a Anteil der durch die Faktoren erklärter Varianz

^b Anzahl der festgelegten Faktoren

^c Die obere Zahl ist der Faktor, auf den die Frage, gemäß der Faktorenanalyse, lädt.

Die mittlere Zahl ist die Faktorladung.

Die untere Zahl zeigt an, auf wie viele Faktoren die Frage mit einem Wert größer 0,4 lädt.

^d Die fett umrandete Spalte ist die Faktorenanzahl, die die Faktorenanalyse bei der Einstellung Eigenwerte >1 generiert.

Folgende Zusammenfassung der Wichtigkeitsfragen zu Themengebieten ergibt sich aus der Analyse:

Tabelle 48

Zuordnung der Wichtigkeitsfragen zu Themengebieten

Themengebiet	Frage zur Wichtigkeit
Catering	Die Qualität des Essens ist mir ...
	Die Cafeteria / der Kiosk ist / sind mir ...
Infrastruktur	Die hygienischen Verhältnisse im Krankenhaus sind mir ...
	Der Gesamtzustand der Zimmer ist mir ...
Krankheitsversorgung	Die pflegerische Betreuung ist mir ...
	Die ärztliche Betreuung ist mir ...
	Die erfolgreiche Schmerzlinderung ist mir ...
Organisation	Geringe Wartezeiten sind mir ...
	Eine reibungslose Aufnahme ist mir ...
Entlassung/ Angehörige	Die Art und Weise, wie meine Angehörigen mit einbezogen werden, ist mir ...
	Die sorgfältige Vorbereitung der Entlassung ist mir ...
Funktionsbereiche	Die Funktionsbereiche (EKG, Röntgen, Krankengymnastik) sind mir...

Auch bei den Wichtigkeitsfragen sind die Ergebnisse wegen der Schiefe der Antwortmuster mit Vorsicht zu interpretieren.

12.2.3 Konstruktvalidierung mittels der Probabilistischen Testtheorie

Wie in Kapitel 9.1.2 beschrieben, überprüfen die Verfahren der Probabilistischen Testtheorie, ob das Antwortverhalten bei verschiedenen Fragen innerhalb eines Themengebietes von der gleichen latenten Variablen beeinflusst wird. Dazu sind aber immer mindestens zwei Fragen pro Themengebiet notwendig, aus diesem Grund werden bei den Zufriedenheitsfragen folgende Dimensionen mit den jeweils zugeordneten Fragen betrachtet:

Tabelle 49

Zuordnung der Zufriedenheitsfragen zu den latenten Variablen

Latente Variable	Zugehörige Frage
Zufriedenheit mit der pflegerischen Versorgung	Die Auskünfte der Pflegekräfte der Station über die Abläufe im Krankenhaus sind ...
	Die Offenheit des Pflegepersonals für Anregungen und Verbesserungsvorschläge ist ...
	Die Freundlichkeit des Pflegepersonals ist ...
	Die Berücksichtigung meiner Sorgen und Ängste durch das Pflegepersonal ist ...
	Die tägliche Unterstützung durch das Pflegepersonal ist ...
Zufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung	Die Einfühlbarkeit, mit der mir die Diagnosen mitgeteilt werden, ist ...
	Der Erfolg der Behandlung ist bis jetzt ...
	Die Freundlichkeit der Ärzte ist ...
	Während der Visite ist der Umgang der Ärzte mit meinen Fragen ...
	Die Aufklärung durch die Ärzte über Behandlung und Verlauf meiner Krankheit ist ...
Zufriedenheit mit der Entlassung	Die Aufklärung über Komplikationen meiner Krankheit, auf die ich nach meiner Entlassung achten muss, ist ...
	Die Vorbereitung auf meine Entlassung aus dem Krankenhaus ist ...
Zufriedenheit mit dem Funktionsbereich	Die Wartezeiten (Röntgen, Labor, OP, Visiten...) sind ...
	Meine Erfahrungen mit den anderen Funktionsbereichen (EKG, Endoskopie, Sonographie, ...) sind ...
	Meine Erfahrungen mit der Röntgenabteilung sind ...
Zufriedenheit mit der Aufnahme	Die Freundlichkeit des Personals bei der Aufnahme ist ...
	Die Verständlichkeit der Aufnahmeformulare ist ...
Zufriedenheit mit der Infrastruktur	Die hygienischen Verhältnisse sind ...
	Die Patientenzimmer sind ...
Zufriedenheit mit dem Catering	Das Essen ist ...
	Die Cafeteria / der Kiosk ist / sind ...
Gesamtzufriedenheit	Ich werde dieses Krankenhaus weiterempfehlen als ...
	Mein Gesamturteil aufgrund all meiner Erfahrungen, die ich bis jetzt mit diesem Krankenhaus gemacht habe, ist ...

Zur Anwendung kommt die Software Winmira 2001, Datenbasis ist eine Zufallsauswahl von 1015 Patienten des Datenpools 1. Zur Überprüfung der Modellpassung wird das Bootstrap-Verfahren (Rost, 2004) S. 337 herangezogen. Diese Verfahren ist sensitiv gegenüber großen Fallzahlen, sodass eine Beschränkung auf in der Psychologie übliche Fallzahlen notwendig ist.

Zusammenfassend lassen sich die Ergebnisse darstellen:

Tabelle 50

Ergebnisse 1 - Konstruktvalidierung der Zufriedenheitsfragen mittels der Probabilistischen Testtheorie

Latente Variable	Modell	Cressie-Read	Pearson Chi ²
Zufriedenheit mit der pflegerischen Versorgung	Äquidistanz	1.000	0.730
Zufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung ²	Äquidistanz	1.000	0.810
Zufriedenheit mit der Entlassung	Äquidistanz	1.000	1.000
Zufriedenheit mit der Aufnahme	Äquidistanz	1.000	1.000
Gesamtzufriedenheit	Äquidistanz	1.000	1.000

Bei den Dimensionen der Tabelle 50 kann nachgewiesen werden, dass das Äquidistanz-Modell gültig ist. Die relevanten Prüfgrößen (Cressie-Read und Pearson Chi²) liegen trotz der vergleichsweise hohen Fallzahl oberhalb des geforderten Grenzwertes (Bühner, 2006) S. 369 ff. Die Fragen haben somit metrisches Skalenniveau. Die grafische Darstellung der Schwellenwerte, die dem unrestringierten Partial Credit

² Bei der Zufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung muss die Frage „Der Erfolg der Behandlung ist bis jetzt ...“ entfernt werden, andernfalls müsste man das Modell verwerfen. Ein Befund, der sich schon in Kapitel 12.2.2 andeutet.

Modell entspricht, zeigt für die Skalen, die durch drei oder mehr Fragen repräsentiert werden eine sehr gleichmäßige Verteilung der Schwellenabstände. Bei den Skalen mit nur zwei Items kommt es zu einer Vereinigung der 2. und 3. Schwelle, was durch die geringe Anzahl der Fragen zu erklären ist und nicht weiter interpretiert wird.

Tabelle 51

Ergebnisse 2 - Konstruktvalidierung der Zufriedenheitsfragen mittels der Probabilistischen Testtheorie

Latente Variable	Modell	Cressie-Read	Pearson Chi ²
Zufriedenheit mit dem Funktionsbereich	Ordinale (partial credit)	0.800	0.770
Zufriedenheit mit der Infrastruktur	Ordinale (partial credit)	1.000	0.000
Zufriedenheit mit dem Catering	Ordinale (partial credit)	1.000	0.000

Bei den Dimensionen der Tabelle 51 lässt sich das Äquidistanz- Modell nicht bestätigen, hier ergeben die Prüfgrößen, dass nur das ordinale Raschmodell möglich ist, wobei die künstlich zusammengeführten Themengebiete Infrastruktur und Catering bezüglich der Prüfgrößen Pearson Chi² auch ungenügende Werte aufweisen. Das besonders sensitive Modell der Probabilistischen Testtheorie zeigt hier deutlicher an, dass nicht dieselbe latente Variable das Antwortverhalten beeinflusst.

Insgesamt zeigt sich jedoch, dass mittels Verfahren der Probabilistischen Testtheorie für folgende Themengebiete aus dem Kapitel 12.2.2 die Validität nachgewiesen wird:

- Zufriedenheit mit der pflegerischen Versorgung
- Zufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung
- Zufriedenheit mit der Entlassung
- Zufriedenheit mit der Aufnahme
- Gesamtzufriedenheit
- Zufriedenheit mit dem Funktionsbereich

Bei den Themengebieten

- Zufriedenheit mit der Infrastruktur
- Zufriedenheit mit dem Catering

gelingt der Nachweis nicht und man muss davon ausgehen, dass das Antwortverhalten bei diesen Dimensionen von unterschiedlichen latenten Variablen beeinflusst ist und hier somit keine Unidimensionalität vorliegt.

Erlebnis-/ Reportfragen

Bei den Erlebnisfragen ist zuerst eine Umkodierung notwendig, wobei die Kategorien „selten“ und „nie“ zusammengefasst werden, da deren Nutzung nicht häufig genug erfolgt. Die Zuordnung der Fragen zu der latenten Variable ist der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen:

Tabelle 52

Zuordnung der Erlebnisfragen zu den latenten Variablen

Latenten Variable	Fragen
Erlebnisfragen zum ärztlichen Bereich	Ich habe volles Vertrauen zu den Ärzten.
	Die Ärzte sind da, wenn ich sie brauche.
	Die Ärzte sind gesprächsbereit.
Erlebnisfragen zur Selbstbestimmung	Es wird mit mir gesprochen, nicht über mich.
	Ich kann meine Behandlung aktiv mitbestimmen.
Erlebnisfragen zum pflegerischen Bereich	Ich habe volles Vertrauen zum Pflegepersonal.
	Die Pflegekräfte sind da, wenn ich sie brauche.
	Das Pflegepersonal ist gesprächsbereit.
	Bei Bedarf bekomme ich rechtzeitig Hilfe, um auf die Toilette zu gelangen.
	Das Personal nimmt sich Zeit für mich.
Erlebnisfragen zu Störungen	Mein Schlaf wird durch das Personal gestört.
	Ich werde durch Zigarettenrauch belästigt.

Die Ergebnisse sehen folgendermaßen aus:

Tabelle 53

Ergebnisse 1 - Konstruktvalidierung der Erlebnisfragen mittels der Probabilistischen Testtheorie

Latente Variable	Modell	Cressie-Read	Pearson Chi ²
Erlebnisse im pflegerischen Bereich ³	Äquidistanz	0.030	0.090
Erlebnisse im ärztlichen Bereich	Äquidistanz	0.030	0.070

Insgesamt zeigt sich jedoch, dass mittels Verfahren der Probabilistischen Testtheorie für folgende Themengebiete aus dem Kapitel 12.2.2 die Validität nachweisen lässt:

- Erlebnisse im pflegerischen Bereich
- Erlebnisse im ärztlichen Bereich

Bei den Themengebieten

- Störungen
- Erlebnisse im Bereich der Selbstbestimmung

gelingt der Nachweis nicht und man muss davon ausgehen, dass das Antwortverhalten bei diesen Dimensionen von unterschiedlichen latenten Variablen beeinflusst ist und hier somit keine Unidimensionalität vorliegt.

³ Bei den Erlebnissen im pflegerischen Bereich müssen die Fragen „Das Personal nimmt sich Zeit für mich.“ und „Bei Bedarf bekomme ich rechtzeitig Hilfe, um auf die Toilette zu gelangen.“ entfernt werden, andernfalls müsste man das Modell verwerfen. Ein Befund, der sich schon in Kapitel 12.2.2 andeutet.

12.2.4 Konstruktvalidierung mittels Konfirmatorischer Faktorenanalyse

In dieser Studie werden mittels der Konfirmatorischen Faktorenanalyse die empirisch gefundenen Modelle des Kapitels 12.2.2 überprüft. Grafisch lässt sich die Fragestellung folgendermaßen veranschaulichen:

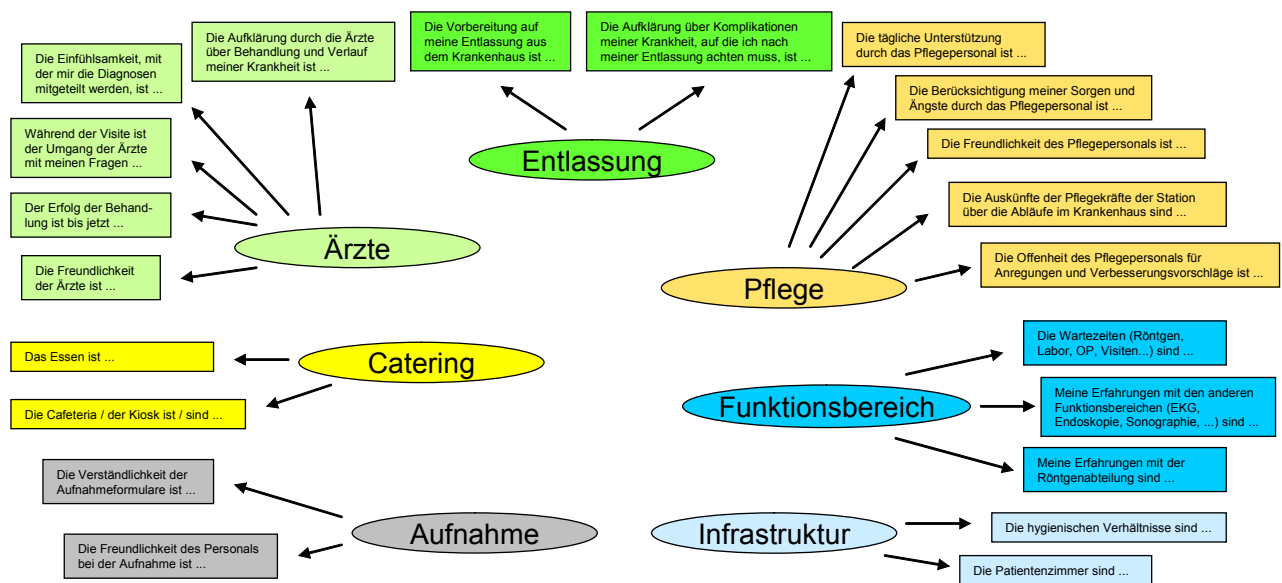


Abbildung 43 Modell 1 zur Überprüfung der Struktur der Zufriedenheitsfragen durch die CFA

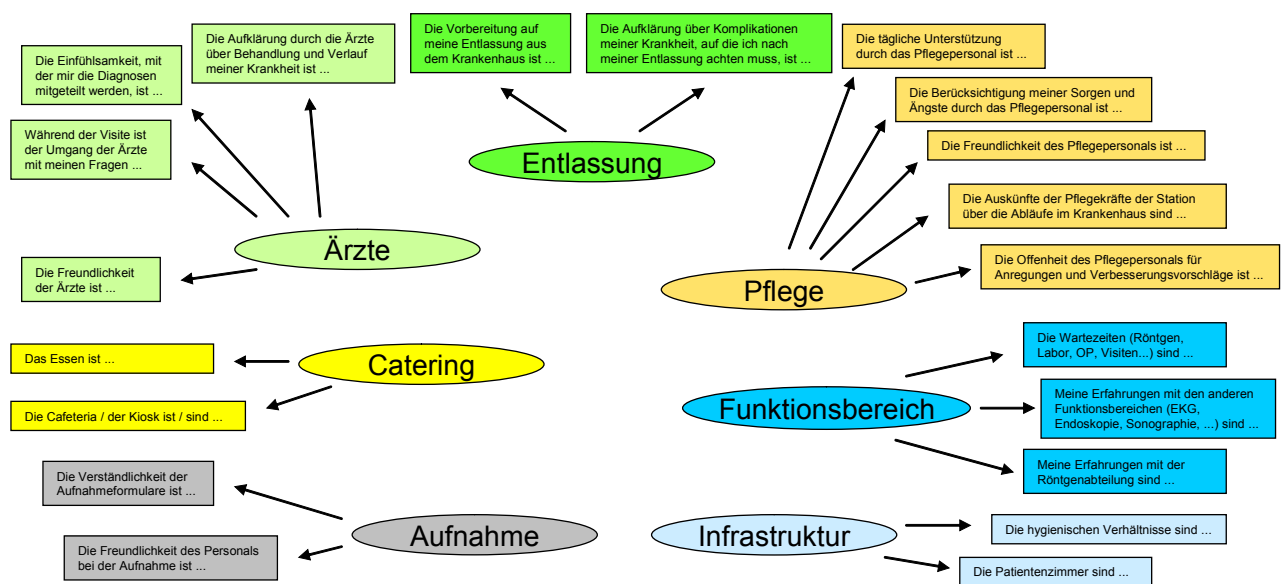


Abbildung 44 Modell 2 zur Überprüfung der Struktur der Zufriedenheitsfragen durch die CFA

Die Ovale stellen die latenten Variablen dar, die das Antwortverhalten der konkreten Fragen bestimmen. Es wird hier nur das Messmodell geprüft. Das zweite Modell entspricht dem ersten, nur dass hier die Frage „Der Erfolg der Behandlung ist bis jetzt ...“ entfernt ist, da diese in Kapitel 12.2.2 nicht dem ärztlichen Bereich zugeordnet wird.

Zur Verwendung als Software kommt Mplus Version 5, Datenbasis ist der Datenpool1.

Tabelle 54

Ergebnisse der CFA Vergleich von Modell 1 und Modell 2

Chi-Square Test of Model Fit							
	Value	Degrees of Freedom	CFI	TLI	RMSEA	SRMR	Modellvergleich (p)
Modell 1	764,866	168	0,968	0,96	0,046	0,033	
Modell 2*	682,844	149	0,971	0,963	0,046	0,031	8,31418E-10

Anmerkung:

* ohne die Frage zum Erfolg der Behandlung

Die Ergebnisse zeigen eine hervorragende Passung für beide Modelle. Alle Modellgeltungsparameter zeigen Spitzenwerte an, wobei das zweite Modell signifikant besser passt als das erste (Bollen, 1989) S. 113. Die Konstruktvalidierung der Zufriedenheitsfragen des Fragebogens mittels CFA ist somit gelungen.

Zusätzlich erfolgt noch die Testung der Erlebnisfragen mit folgendem Modell:

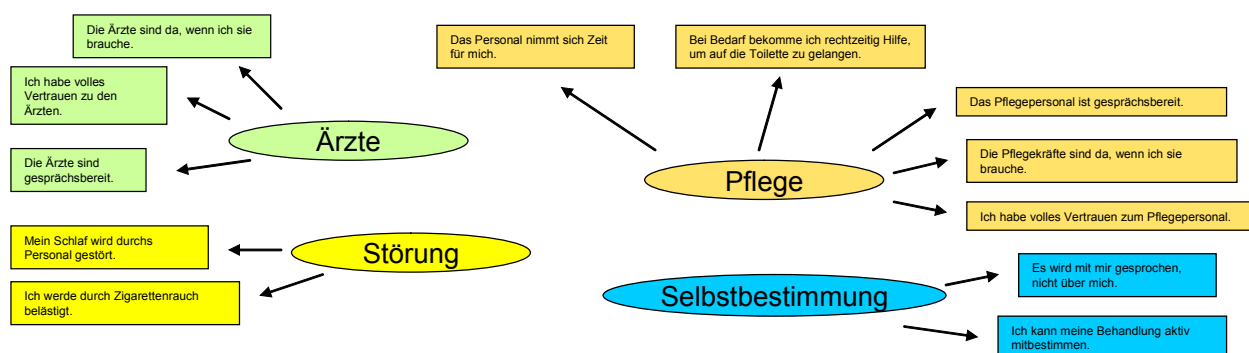


Abbildung 45 Modell 3 und 4 zur Überprüfung der Struktur der Erlebnisfragen durch die CFA

Modell 3 und 4 unterscheiden sich dahingehend, dass die Antworten der Kategorie „selten“ und „nie“ beim letzten Modell zusammengelegt werden.

Tabelle 55

Ergebnisse der CFA Vergleich von Modell 3 und Modell 4

	Chi-Square Test of					
	Value	Degrees of Freedom	CFI	TLI	RMSEA	SRMR
Modell 3	1790,743	48	0,972	0,962	0,047	0,025
Modell 4	1115,237	48	0,973	0,962	0,047	0,024

Auch hier zeigen die Ergebnisse eine hervorragende Passung für beide Modelle. Alle Modellgeltungsparameter zeigen absolute Spitzenwerte an, wobei das vierte Modell besser passt, als das dritte (Bollen, 1989) S. 113, ein Befund, der mit den Ergebnissen der Konstruktvalidierung mittels Probabilistischer Testtheorie (vergleiche Kapitel 12.2.3) korrespondiert. Somit ist auch die Konstruktvalidierung der Erlebnisfragen mittels CFA gelungen.

12.2.5 Konstruktvalidierung mittels der Multitrait- Multimethod-Analyse (MTMM)

Die Multitrait- Multimethod- Analyse ist ein Weg, die Konstruktvalidität eines Fragebogens zu bestimmen. Diesen Ansatz modifiziert man dahingehend, dass statt der Traits die unterschiedlichen Themengebieten der Patientenzufriedenheit betrachtet werden. Als unterschiedliche Methoden der Erfassung dienen einerseits die Befragung in den Einrichtungen (Inhousebefragung) und andererseits die Befragung der ehemaligen Patienten. Diese Herangehensweise verwenden auch Pfaff, Freise et al. (2001) S. 137 zur Validierung ihres Patientenfragebogens. Hier kann der interessierte Leser auch die Besonderheiten des Einsatzes der MTMM im Kontext der Patientenbefragung nachlesen.

Die Traits

Da dieses Verfahren Korrelationen verwendet, müssen die annähernd normalverteilten Zufriedenheitsfragen verwendet werden. Die Traits sind in diesem Kontext die Themengebiete der Patientenbefragung. Einbezogen sind:

- Ärztliche Tätigkeit (inklusive Entlassung)
- Pflege
- Infrastruktur
- Catering
- Aufnahme
- Funktionsbereich

Folgende Themengebiete finden keine Berücksichtigung:

- Angehörige
- Schmerzen
- Gesamturteil

Angehörige und Schmerzen sind Themengebiete, die nur durch eine Frage abgebildet werden, damit einen zu großen Messfehler haben und somit zu einer Verfälschung der Ergebnisse führen. Sie sind deshalb nicht berücksichtigt. Das Gesamturteil stellt keinen

eigenständigen Trait dar, sondern ist abhängige latente Variable und wird deshalb auch ausgeschlossen. Die beiden Themengebiete Ärztlicher Bereich und Entlassung sind zusammengelegt, da diese einen starken Zusammenhang aufweisen. Auf der Korrelationsmatrix beträgt der Wert 0,63 und ist die höchste Korrelation zwischen den Themengebieten. Inhaltlich ist die Zusammenführung auch sinnvoll, da Entlassung durch Ärztliches Handeln determiniert ist. Die hohe Interkorrelation würde für die MTMM ein methodisches Problem darstellen, was die Fusionierung für dieses Verfahren erforderlich macht.

Die Methoden

Die unterschiedlichen Methoden sind im Sinne der MTMM- Matrix die Befragung der Patienten in der Einrichtung (Inhouse) und die gleichzeitige Befragung der ehemaligen Patienten in denselben Einrichtungen. Dies entspricht dem gängigen Vorgehen der MTMM- Validierung. Die Schaffung einer komplett neuen Erfassungsmethode ist sehr aufwendig (D. J. Bortz & Döring, 1995) S. 191. Die Daten sind auf Einrichtungsebene aggregiert. Als Basisdatensatz findet hier der Datenpool 6 Verwendung, wobei die Daten jedoch auf Krankensebene aggregiert werden getrennt nach Inhousebefragung und Ehemaligenbefragung, anschließend erfolgt wieder eine Zusammenführung der Datensätze über den Krankenhausschlüssel.

Die Multitrait- Multimethod- Matrix sieht folgendermaßen aus:

Tabelle 56

Ergebnis der Multitrait- Multimethod Analyse

		Inhousebefragung					Befragung ehemalige Patienten						
		Arzt	Pflege	Infrastktur	Catering	Aufnahme	Funktionsbereich	Arzt	Pflege	Infrastktur	Catering	Aufnahme	Funktionsbereich
Inhouse-befragung	Arzt	1,00	0,58	0,68	0,44	0,54	0,53	0,64	0,35	0,51	0,35	0,20	0,16
	Pflege	0,58	1,00	0,54	0,32	0,55	0,45	0,52	0,51	0,38	0,05	0,36	0,33
	Infrastktur	0,68	0,54	1,00	0,39	0,44	0,32	0,45	0,44	0,87	0,33	0,27	0,15
	Catering	0,44	0,32	0,39	1,00	0,37	0,45	0,27	0,33	0,33	0,81	0,09	0,19
	Aufnahme	0,54	0,55	0,44	0,37	1,00	0,47	0,37	0,35	0,43	0,16	0,71	0,24
	Funktionsbereich	0,53	0,45	0,32	0,45	0,47	1,00	0,27	0,29	0,22	0,18	0,20	0,72
Befragung ehemalige Patienten	Arzt	0,64	0,52	0,45	0,27	0,37	0,27	1,00	0,65	0,43	0,26	0,48	0,25
	Pflege	0,35	0,51	0,44	0,33	0,35	0,29	0,65	1,00	0,55	0,26	0,44	0,39
	Infrastktur	0,51	0,38	0,87	0,33	0,43	0,22	0,43	0,55	1,00	0,35	0,35	0,14
	Catering	0,35	0,05	0,33	0,81	0,16	0,18	0,26	0,26	0,35	1,00	0,01	0,02
	Aufnahme	0,20	0,36	0,27	0,09	0,71	0,20	0,48	0,44	0,35	0,01	1,00	0,34
	Funktionsbereich	0,16	0,33	0,15	0,19	0,24	0,72	0,25	0,39	0,14	0,02	0,34	1,00

Anmerkung: Die Werte in der Tabelle sind die Korrelationen zwischen den Themengebieten.

1. Kriterium: konvergente Validität ist voll gegeben, alle orangenen Korrelationen (A-Werte im Muster) sind größer Null. Die Werte liegen zwischen 0,51 und 0,81, wobei Pflege einen auffallend niedrigen Wert hat, was wohl mit einem Verblässen der Erinnerung bezüglich dieses Themengebiets zu tun hat; ein Effekt, der bei den Ärzten auch zu beobachten ist, aber nicht so stark ausgeprägt ist. Bei der Überprüfung der Kriterien 2 und 3 wird deshalb auch der Ausreißerwert der Pflege von 0,51 nicht berücksichtigt.
2. Kriterium: Diskriminante Validität ist auch gegeben. Von den 30 gelben Korrelationen (B-Werte im Muster) liegen nur zwei Korrelationen knapp über dem Grenzwert von 0,64 der orangenen Korrelation (A-Werte im Muster).
3. Kriterium: Diskriminante Validität (2) ist voll und ganz gegeben. Von den 30 roten Korrelationen (C-Werte im Muster) liegt keine Korrelation über dem Grenzwert von 0,64 der orangenen Korrelation (A-Werte im Muster).

4. Kriterium: Konstruktvalidität ist erfüllt. Die Rangreihenfolge der Korrelation innerhalb der roten (C-Werte im Muster) und gelben Dreiecksmatrizen Korrelation (B-Werte im Muster) haben einen durchschnittliche Korrelationskoeffizient von 0,71 und die Werte schwanken zwischen 0,58 und 0,88. Selbst das schwächste der vier Kriterien lässt sich nachweisen. Der Nachweis der Konstruktvalidität des eingesetzten Patientenfragebogens mittels der Multitrait- Multimethod- Analyse ist damit erfolgt.

Fazit

Der Fragebogen ist erfolgreich inhaltvalidiert. Die explorative Faktorenanalyse zeigt Themenkomplexe auf, die dann mittels unterschiedlicher Methoden (Probabilistische Testtheorie, CFA und MTMM) einer erfolgreichen Konstruktvalidierung unterzogen werden. Die nachfolgenden Dimensionen, die aus mehreren Zufriedenheitsfragen bestehen, sind mehrfach validiert:

- Gesamtzufriedenheit
- Zufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung
- Zufriedenheit mit der pflegerischen Versorgung
- Zufriedenheit mit der Entlassung
- Zufriedenheit mit der Infrastruktur
- Zufriedenheit mit dem Catering
- Zufriedenheit mit der Aufnahme
- Zufriedenheit mit dem Funktionsbereich

Der Fragebogen ist somit ein valides Instrument zu Messung der Patientenzufriedenheit.

12.3 Reliabilität

Die Reliabilität ist die Zuverlässigkeit, mit der ein Test misst, der methodische Hintergrund ist in dieser Arbeit in Kapitel 5.4 erklärt.

12.3.1 Interne Reliabilität

Zur Berechnung der internen Reliabilität sind mindestens zwei Fragen nötig. Zur Überprüfung kommen deshalb die in Kapitel 12.2.2 vorgeschlagenen zusammengefassten Themengebiete (s. a. Tabelle 49).

Der Kronbachs Alpha für die einzelnen Themengebiete beträgt:

Tabelle 57

Interne Reliabilität des Patientenfragebogens

	Themengebiet	Cronbachs Alpha	McDonald Omega	Anzahl der Fragen
Zufriedenheitsfragen	Ärztliche Versorgung	0,88	0,963	4
	Pflegerische Versorgung	0,89		5
	Entlassungsmanagement	0,78	0,949	2
	Aufnahme	0,62	0,933	2
	Funktionsbereiche (inkl. Wartezeiten)	0,79	0,929	3
	Gesamturteil	0,89	0,956	2
	Catering (Essen+ Kiosk/ Cafeteria)	0,49	0,815	2
	Infrastruktur (Sauberkeit/ Hygiene + Patientenzimmer)	0,74	0,936	2
Ergebnisfragen	Ärztliche Versorgung	0,80	0,985	3
	Pflegerische Versorgung	0,86	0,980	5
	Störungen	0,74	0,937	2
	Selbstbestimmung	0,63	0,997	2

Die Werte liegen alle im guten Bereich und erreichen sogar Spitzenwerte von über 0,8 obwohl sechs Themengebiete nur durch zwei Fragen abgebildet werden.

McDonald beschreibt ein alternatives Verfahren zur Bestimmung der Reliabilität. Die notwendigen Daten können dabei über die Konfirmatorische Faktorenanalyse ermittelt werden (McDonald, 1999) S. 89. Somit erfolgt auch bei der Bestimmung der Reliabilität eine Triangulation der Methoden (vergleich Kapitel 9.6.4). Die Werte des Reliabilitätskoeffizienten McDonalds Omega liegen nochmals deutlich höher und zeigen die hohe Zuverlässigkeit der Skalen.

Beim Themengebiet Ärztliche Versorgung zeigt sich auch hier, dass die Frage zum Erfolg der Behandlung nicht in dieses Themengebiet passt:

Tabelle 58*Veränderungen des Cronbachs Alpha bezüglich der Fragen zur ärztlichen Versorgung*

Fragen	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
Die Einfühlsamkeit, mit der mir die Diagnosen mitgeteilt werden, ist ...	0,84
Die Freundlichkeit der Ärzte ist ...	0,83
Während der Visite ist der Umgang der Ärzte mit meinen Fragen ...	0,82
Die Aufklärung durch die Ärzte über Behandlung und Verlauf meiner Krankheit ist ...	0,82
Der Erfolg der Behandlung ist bis jetzt ...	0,89

Die fünf Fragen zusammen haben ein Cronbachs Alpha von 0,87 und wenn man die Frage zum Erfolg der Behandlung weglässt, erhöht sich die Reliabilität auf 0,89 und das obwohl eine Frage weniger in der Skala ist und die Reliabilität bei kürzeren Skalen sinkt.

12.3.2 Retest- Reliabilität

Zur Bestimmung der Retest- Reliabilität wird der Datenpool 5 genutzt. Die Station eines Krankenhauses ist als eigenständige Entität anzusehen und da die Befragung in Wellen erfolgt (im Abstand von zwei bis vier Wochen befragen die Krankenhäuser alle anwesenden Patienten der Station) haben wir zeitlich geordnete Ergebnisse auf Stationsebenen. Fasst man nun die Werte aller Patienten von einer Befragungswelle bei jeder Station zusammen, kann jeder Mittelwert einer Frage als Messwert zum Zeitpunkt t1 gesehen werden. Die nächste Befragungswelle stellt dann den Messzeitpunkt t2 dar. Da die Patienten im Regelfall die Station verlassen haben, sind Verzerrungen durch „Erinnerungseffekte“ nicht zu erwarten. Die Retest- Reliabilität berechnet man durch Berechnung der Korrelation zwischen dem Wert t1 und t2, wobei die Station als eigenständige Entität gesehen wird.

Es werden 102 Stationen herausgefiltert, die zu jedem Zeitpunkt mindestens 30 Fragebögen liefern, sodass hier die Retest- Reliabilität bestimmt werden kann. Für die 27 Zufriedenheitsfragen fasst die nachfolgende Tabelle die Ergebnisse zusammen:

Tabelle 59

Retest- Reliabilitäten der Zufriedenheitsfragen

Fragen	Retest Reliabilität
Die Patientenzimmer sind	0,918(**)
Die hygienischen Verhältnisse sind	0,837(**)
Das Essen ist	0,815(**)
Die tägliche Unterstützung durch das Pflegepersonal ist	0,782(**)
Die Ausschilderung und die Möglichkeit, sich im Haus zu orientieren, ist	0,765(**)
Mein Gesamturteil aufgrund all meiner Erfahrungen, die ich bis jetzt mit diesem Krankenhaus gemacht habe, ist	0,750(**)
Die Offenheit des Pflegepersonals für Anregungen und Verbesserungsvorschläge ist	0,743(**)
Ich werde dieses Krankenhaus weiterempfehlen als	0,738(**)
Die Berücksichtigung meiner Sorgen und Ängste durch das Pflegepersonal ist	0,734(**)
Die Auskünfte der Pflegekräfte der Station über die Abläufe im Krankenhaus sind	0,724(**)
Die Freundlichkeit des Pflegepersonals ist	0,708(**)
Die Wartezeiten (Röntgen, Labor, OP, Visiten)	0,702(**)
Die Wirksamkeit, mit der meine Schmerzen gelindert werden, ist	0,695(**)
Die Wahrung meiner Intimsphäre durch das Personal ist	0,690(**)
Die Freundlichkeit der Ärzte ist	0,672(**)
Die Einfühlsamkeit, mit der mir die Diagnosen mitgeteilt werden, ist	0,666(**)
Während der Visite ist der Umgang der Ärzte mit meinen Fragen	0,660(**)
Die Aufklärung durch die Ärzte über Behandlung und Verlauf meiner Krankheit ist	0,645(**)
Die Verständlichkeit der Aufnahmeformulare ist	0,620(**)
Der Erfolg der Behandlung ist bis jetzt	0,618(**)
Die Freundlichkeit des Personals bei der Aufnahme ist	0,603(**)
Die Vorbereitung auf meine Entlassung aus dem Krankenhaus ist	0,588(**)
Die Aufklärung über Komplikationen meiner Krankheit, auf die ich nach meiner Entlassung achten muß, ist	0,568(**)
Die Cafeteria / der Kiosk ist / sind	0,552(**)
Meine Erfahrungen mit der Röntgenabteilung sind	0,526(**)
Die Angemessenheit der Informationen für meine Angehörigen ist	0,526(**)
Meine Erfahrungen mit den anderen Funktionsbereichen (EKG, Endoskopie, Sonographie,	0,319(**)

*Anmerkung: ** zweiseitiges Signifikanzniveau der Korrelation < 0,01*

Von den 27 Fragen haben 21 Fragen Werte über 0,6 und weitere fünf Fragen liegen über 0,5. Nur eine Frage hat eine Retest- Reliabilität unter 0,4, was aber darin begründet ist, dass diese einen hohen Anteil an fehlenden Werten (41%) hat, sodass eine zuverlässige Schätzung der Stationswerte erschwert wird und Ausreißer oder Einzelmeinungen einen überproportionalen Einfluss haben.

Damit haben die Zufriedenheitsfragen hervorragende Retest- Reliabilitäten.

Tabelle 60*Retest- Reliabilitäten der Erlebnisfragen*

Fragen	Retest Reliabilität
Ich habe volles Vertrauen zu den Ärzten.	0,634(**)
Bei Bedarf bekomme ich rechtzeitig Hilfe, um auf die Toilette zu gelangen.	0,608(**)
Die Pflegekräfte sind da, wenn ich sie brauche.	0,578(**)
Das Personal nimmt sich Zeit für mich.	0,565(**)
Die Ärzte sind gesprächsbereit.	0,556(**)
Ich habe volles Vertrauen zum Pflegepersonal.	0,525(**)
Es wird mit mir gesprochen, nicht über mich.	0,506(**)
Die Ärzte sind da, wenn ich sie brauche.	0,497(**)
Ich kann meine Behandlung aktiv mitbestimmen.	0,496(**)
Das Pflegepersonal ist gesprächsbereit.	0,492(**)
Ich werde durch Zigarettenrauch belästigt.	0,201
Mein Schlaf wird durchs Personal gestört.	0,158

*Anmerkung: ** zweiseitiges Signifikanzniveau der Korrelation < 0,01*

Bei den Erlebnisfragen sind die Retest- Reliabilitäten deutlich niedriger, was wohl darin begründet ist, dass die Patienten konkrete Erlebnisse nach einiger Zeit nicht mehr so gut erinnern, besonders trifft dies für die Fragen zum Thema Zigarettenrauch und Schlafstörungen durch das Personal zu, wobei hier die Missing- Rate sogar bei 73% - 95% liegt. Bei den restlichen Fragen liegen die Retest- Reliabilitäten knapp über 0,5 und bei zwei Fragen über 0,6.

Tabelle 61*Retest- Reliabilitäten der Wichtigkeitsfragen*

Fragen	Retest Reliabilität
III. Der Gesamtzustand der Zimmer sind mir ...	0,712(**)
II. Die hygienischen Verhältnisse im Krankenhaus sind mir ...	0,673(**)
XII. Die angemessene Schmerzlinderung ist mir ...	0,662(**)
I. Die Qualität des Essens ist mir ...	0,614(**)
V. Die pflegerische Betreuung ist mir ...	0,596(**)
VI. Die ärztliche Betreuung ist mir ...	0,593(**)
IX. Eine reibungslose Aufnahme ist mir ...	0,573(**)
VIII. Geringe Wartezeiten sind mir ...	0,562(**)
IV. Die Cafeteria und der Kiosk sind mir ...	0,557(**)
X. Die Art und Weise, wie meine Angehörigen einbezogen werden, ist mir...	0,492(**)
XI. Die sorgfältige Vorbereitung der Entlassung ist mir ...	0,470(**)
Der Funktionsbereich (EKG, Röntgenabteilung, Krankengymnastik, ...) ist mir ...	0,328(**)

*Anmerkung: ** zweiseitiges Signifikanzniveau der Korrelation < 0,01*

Insgesamt sind die Retest- Reliabilitäten bei den Wichtigkeitsfragen etwas höher als bei den Erlebnisfragen aber niedriger als bei den Wichtigkeitsfragen. Vier Werte liegen über 0,6, fünf Werte über 0,5 und zwei Werte über 0,4. Nur einer liegt unter 0,4 wobei die Missing- Rate auch hier bei 45% liegt, was den niedrigen Wert erklärt.

Auch im zeitlichen Verlauf erweist sich der Patientenfragebogen als äußerst reliabel.

Fazit

Bei der Überprüfung der Zuverlässigkeit des Patientenfragebogens zeigt sich, dass sowohl die interne Reliabilität als auch die Retest- Reliabilitäten hervorragende Werte besitzen. Es handelt sich also um einen auf allen Ebenen sehr reliablen Fragebogen.

12.4 Hierarchische Lineare Modellierung (HLM) zur Ermittlung des Einflusses der Ebenen auf die Patientenzufriedenheit

Wie in Kapitel 9.3 beschrieben stellt die Hierarchische Lineare Modellierung (HLM) ein statistisches Verfahren zur Auswertung von Daten mit hierarchischer Struktur dar. Die HLM ermittelt, welchen Einfluss die einzelnen Ebenen haben. Zur Klärung der Frage, welche Items durch welche Ebenen wie stark beeinflusst werden, rechnet man ein sogenanntes Nullhypothesen- Modell. Als übergeordnete Ebene sind Station, Abteilung und Krankenhaus einbezogen. Es handelt sich somit um ein Vier- Ebenen- Modell. Als Basis findet der Datenpool 1 Verwendung. Dieser hat auf der Krankenhausebene 17 Einheiten, auf der Abteilungsebene 127 und auf der Stationsebene 154 Einheiten, die alle ineinander verschachtelt sind.

Die Berechnungen erfolgen mittels des Statistikprogramms R Version 2.7.2 (2008-08-25). Es werden folgende Pakete verwendet:

- library (Rcmdr)
- library (nlme)
- library (multilevel)
- library (lme4)

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Ergebnisse der Analyse:

Tabelle 62

Anteil der erklärten Varianz der Fragen durch die verschiedenen Ebenen - Datenpool 1

Frage	Datenpool 1			
	Station ^a	Abteilung ^b	Krankenhaus ^c	Gesamt ^d
1. Die Ausschilderung und die Möglichkeit, sich im Haus zu orientieren, sind ...	0,15%	2,43%	1,08%	3,66%
2. Die Verständlichkeit der Aufnahmeformulare ist ...	0,33%	0,99%	1,32%	2,64%
3. Die Freundlichkeit des Personals bei der Aufnahme ist ...	1,63%	0,59%	1,11%	3,33%
4. Die Berücksichtigung meiner Sorgen und Ängste durch das Pflegepersonal ist ...	3,03%	2,24%	1,70%	6,97%
5. Die Offenheit der Pflegekräfte für Anregungen und Verbesserungsvorschläge ist ...	3,40%	0,25%	1,69%	5,35%
6. Die tägliche Unterstützung durch das Pflegepersonal ist ...	3,07%	2,02%	1,88%	6,97%
7. Die Auskünfte der Pflegekräfte der Station über die Abläufe im Krankenhaus sind ...	2,82%	1,31%	1,26%	5,39%
8. Die Freundlichkeit des Pflegepersonals ist ...	3,51%	2,35%	1,53%	7,39%
9. Die Wahrung meiner Intimsphäre durch das Personal ist ...	2,49%	0,44%	1,83%	4,76%
10. Die Einfühlbarkeit, mit der mir die Diagnosen mitgeteilt werden, ist ...	2,61%	0,75%	0,38%	3,73%
11. Der Umgang der Ärzte mit meinen Fragen während der Visite ist ...	3,50%	0,04%	0,09%	3,63%
12. Die Aufklärung durch die Ärzte über Behandlung und Verlauf meiner Krankheit ist ...	3,22%	0,38%	0,09%	3,69%
13. Die Freundlichkeit der Ärzte ist ...	2,81%	0,89%	0,00%	3,70%
14. Die Wirksamkeit, mit der meine Schmerzen gelindert werden, ist ...	0,97%	2,79%	0,16%	3,92%
15. Der Erfolg der Behandlung ist bis jetzt ...	2,44%	3,06%	0,34%	5,84%
16. Die Wartezeiten (Röntgen, Labor, OP, Visiten...) sind ...	1,45%	0,80%	1,80%	4,05%
17. Meine Erfahrungen mit der Krankengymnastik sind ...	0,00%	7,68%	0,00%	7,68%
18. Meine Erfahrungen mit der Röntgenabteilung sind ...	0,16%	1,34%	0,99%	2,49%
19. Meine Erfahrungen mit den anderen Funktionsbereichen (EKG, Endoskopie, Sonographie, ...) sind ...	1,66%	0,39%	0,68%	2,74%
20. Die Angemessenheit der Informationen für meine Angehörigen sind ...	1,88%	0,00%	0,26%	2,14%
21. Die Patientenzimmer sind ...	11,31%	0,00%	7,39%	18,70%^a
22. Die hygienischen Verhältnisse ist ...	5,28%	0,00%	6,04%	11,32%^a
23. Die Cafeteria / der Kiosk ist / sind ...	1,03%	0,92%	7,41%	9,36%^a
24. Das Essen ist ...	0,00%	1,50%	3,29%	4,79%
25. Die Vorbereitung auf meine Entlassung aus dem Krankenhaus ist ...	1,47%	1,57%	0,57%	3,62%
26. Die Aufklärung über Komplikationen meiner Krankheit, auf die ich nach meiner Entlassung achten muß, ist ...	2,71%	0,00%	0,52%	3,23%
27. Mein Gesamturteil aufgrund all meiner Erfahrungen, die ich bis jetzt mit diesem Krankenhaus gemacht habe, ist ...	3,03%	0,78%	1,20%	5,01%
28. Ich werde dieses Krankenhaus weiterempfehlen als ...	2,84%	0,46%	1,32%	4,62%
a) Ich habe volles Vertrauen zu den Ärzten.	2,31%	0,00%	0,48%	2,79%
b) Die Ärzte sind da, wenn ich sie brauche.	3,78%	0,00%	0,65%	4,43%
c) Die Ärzte sind gesprächsbereit.	2,81%	0,06%	0,16%	3,04%
d) Es wird mit mir gesprochen, nicht über mich.	1,82%	0,00%	0,43%	2,24%
e) Ich kann meine Behandlung aktiv mitbestimmen.	1,74%	0,13%	0,93%	2,81%
f) Ich habe volles Vertrauen zum Pflegepersonal.	0,65%	2,27%	0,06%	2,98%
g) Die Pflegekräfte sind da, wenn ich sie brauche.	2,62%	0,30%	0,80%	3,72%
h) Das Pflegepersonal ist gesprächsbereit.	1,37%	0,60%	0,78%	2,75%
i) Bei Bedarf bekomme ich rechtzeitig Hilfe, um auf die Toilette zu gelangen.	1,81%	0,00%	0,93%	2,73%
j) Das Personal nimmt sich Zeit für mich.	1,39%	0,46%	1,86%	3,71%
k) Mein Schlaf wird durchs Personal gestört.	1,14%	0,88%	1,31%	3,34%
l) Ich werde durch Zigarettenrauch belästigt.	0,91%	0,00%	0,53%	1,44%
I. Die Qualität des Essens ist mir ...	0,66%	0,21%	0,88%	1,76%
II. Die hygienischen Verhältnisse im Krankenhaus sind mir ...	0,91%	2,34%	0,53%	3,78%
III. Der Gesamtzustand der Zimmer ist mir ...	0,40%	0,00%	0,39%	0,79%
IV. Die Cafeteria / der Kiosk ist / sind mir ...	1,44%	0,00%	2,49%	3,93%
V. Die pflegerische Betreuung ist mir ...	0,00%	2,92%	2,25%	5,17%
VI. Die ärztliche Betreuung ist mir ...	1,19%	1,63%	0,53%	3,35%
VII. Geringe Wartezeiten sind mir ...	1,43%	0,00%	0,28%	1,71%
VIII. Die erfolgreiche Schmerzlinderung ist mir ...	0,35%	0,66%	0,21%	1,22%
IX. Eine reibungslose Aufnahme ist mir ...	1,00%	0,25%	0,32%	1,57%
X. Die Art und Weise, wie meine Angehörigen einbezogen werden, ist mir ...	1,76%	0,52%	0,13%	2,41%
XI. Die Funktionsbereiche (EKG, Röntgen, Krankengymnastik, ...) sind mir ...	1,16%	1,91%	0,00%	3,06%
XII. Die sorgfältige Vorbereitung der Entlassung ist mir ...	0,79%	0,14%	0,38%	1,32%

Anmerkung: unverständlich Die Werte der Tabelle sind der durch bei der hierarchisch linearen Regression ermittelten Anteile der erklärten Varianz durch die entsprechende Ebene

* Anteil >10% durch alle Ebenen erklärt

^a Anteil, der durch die Stationsebene erklärt wird

^b Anteil, der durch die Abteilungsebene erklärt wird

^c Anteil, der durch die Krankenhausebene erklärt wird

^d Anteil, der durch alle Ebenen erklärt wird

Es liegt kein nennenswerter Einfluss der Ebenen auf die Fragen vor, außer bei den Fragen 21, 22 und 23, liegt der Gesamtanteil der erklärten Varianz unter 9%. Im Schnitt werden 4,17% aufgeklärt, die Stationsebene hat im Mittel 1,97%, die Abteilungsebene 0,99% und die Krankenhausebene 1,22%.

Der deutliche Ebeneneinfluss bei der Frage 21 ist durch die bauliche Situation der einzelnen Stationen und des Krankenhauses bestimmt. Ähnlich verhält es sich bei der Frage 23 zum Kiosk/ Cafeteria. Die Frage 22 zu den hygienischen Verhältnisse ist eng mit der Frage 21 verbunden, was die Konfirmatorische Faktorenanalyse (vergleiche Kapitel 12.2.4) aufzeigt. Hier ist inhaltlich eher davon auszugehen, dass der bauliche Zustand der Zimmer die Zufriedenheit mit den hygienischen Verhältnissen beeinflusst und es sich somit nur um eine indirekte Einflussnahme der Ebenen auf die Frage 22 handelt.

Im Datenpool 1 ist die oberste Ebene mit 17 Krankenhäusern etwas schwach besetzt. Zur Validierung der Ergebnisse wird im Sinne der Triangulation (Kapitel 9.6.4) dieselbe Analyse mit dem Datenpool 6 repliziert. Dieser enthält 45 Krankenhäuser, 285 Abteilungen und 359 Stationen, es sind aber ausschließlich Zufriedenheitsfragen enthalten.

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Ergebnisse der zweiten Analyse im Vergleich zur ersten:

Tabelle 63

Erklärter Varianzanteil der Zufriedenheitsfragen durch die Ebenen – Vergleich von Datenpool 1 und 2

Frage	Datenpool 1				Datenpool 6			
	Station ^a	Abteilung ^b	Krankenhaus ^c	Gesamt ^d	Station ^a	Abteilung ^b	Krankenhaus ^c	Gesamt ^d
1. Die Ausschilderung und die Möglichkeit, sich im Haus zu orientieren, sind ...	0,15%	2,43%	1,08%	3,66%	0,58%	1,25%	2,09%	3,91%
2. Die Verständlichkeit der Aufnahmeformulare ist ...	0,33%	0,99%	1,32%	2,64%	0,65%	0,86%	1,17%	2,68%
3. Die Freundlichkeit des Personals bei der Aufnahme ist ...	1,63%	0,59%	1,11%	3,33%	0,92%	0,78%	0,71%	2,41%
4. Die Berücksichtigung meiner Sorgen und Ängste durch das Pflegepersonal ist ...	3,03%	2,24%	1,70%	6,97%	1,54%	2,33%	0,57%	4,44%
5. Die Offenheit der Pflegekräfte für Anregungen und Verbesserungsvorschläge ist ...	3,40%	0,25%	1,69%	5,35%	1,45%	1,80%	0,96%	4,20%
6. Die tägliche Unterstützung durch das Pflegepersonal ist ...	3,07%	2,02%	1,88%	6,97%	1,50%	2,52%	0,66%	4,68%
7. Die Auskünfte der Pflegekräfte der Station über die Abläufe im Krankenhaus sind ...	2,82%	1,31%	1,26%	5,39%	1,17%	2,09%	0,65%	3,91%
8. Die Freundlichkeit des Pflegepersonals ist ...	3,51%	2,35%	1,53%	7,39%	1,46%	2,06%	0,27%	3,79%
9. Die Wahrung meiner Intimsphäre durch das Personal ist ...	2,49%	0,44%	1,83%	4,76%	1,21%	1,66%	0,61%	3,49%
10. Die Einfühlsamkeit, mit der mir die Diagnosen mitgeteilt werden, ist ...	2,61%	0,75%	0,38%	3,73%	1,08%	1,53%	0,68%	3,29%
11. Der Umgang der Ärzte mit meinen Fragen während der Visite ist ...	3,50%	0,04%	0,09%	3,63%	1,64%	1,39%	0,32%	3,35%
12. Die Aufklärung durch die Ärzte über Behandlung und Verlauf meiner Krankheit ist ...	3,22%	0,38%	0,09%	3,69%	1,34%	1,99%	0,26%	3,59%
13. Die Freundlichkeit der Ärzte ist ...	2,81%	0,89%	0,00%	3,70%	1,37%	1,68%	0,00%	3,05%
14. Die Wirksamkeit, mit der meine Schmerzen gelindert werden, ist ...	0,97%	2,79%	0,16%	3,92%	1,56%	1,69%	0,12%	3,37%
15. Der Erfolg der Behandlung ist bis jetzt ...	2,44%	3,06%	0,34%	5,84%	1,56%	2,65%	0,49%	4,69%
16. Die Wartezeiten (Röntgen, Labor, OP, Visiten...) sind ...	1,45%	0,80%	1,80%	4,05%	0,97%	1,38%	2,85%	5,20%
17. Meine Erfahrungen mit der Krankengymnastik sind ...	0,00%	7,68%	0,00%	7,68%	5,35%	0,00%	1,28%	6,63%
18. Meine Erfahrungen mit der Röntgenabteilung sind ...	0,16%	1,34%	0,99%	2,49%	1,34%	0,60%	0,63%	2,56%
19. Meine Erfahrungen mit den anderen Funktionsbereichen (EKG, Endoskopie, Sonographie, ...) sind ...	1,66%	0,39%	0,69%	2,74%	0,71%	0,51%	0,54%	1,76%
20. Die Angemessenheit der Informationen für meine Angehörigen sind ...	1,88%	0,00%	0,26%	2,14%	0,84%	1,25%	1,05%	3,14%
21. Die Patientenzimmer sind ...	11,31%	0,00%	7,39%	18,70%*	7,40%	3,92%	4,46%	15,78%*
22. Die hygienischen Verhältnisse ist ...	5,28%	0,00%	6,04%	11,32%*	3,86%	1,84%	5,07%	10,77%*
23. Die Cafeteria / der Kiosk ist / sind ...	1,03%	0,92%	7,41%	9,36%*	0,23%	0,80%	12,41%	13,43%*
24. Das Essen ist ...	0,00%	1,50%	3,29%	4,79%	0,65%	1,90%	5,20%	7,75%
25. Die Vorbereitung auf meine Entlassung aus dem Krankenhaus ist ...	1,47%	1,57%	0,57%	3,62%	1,38%	1,03%	1,34%	3,75%
26. Die Aufklärung über Komplikationen meiner Krankheit, auf die ich nach meiner Entlassung achten muß, ist ...	2,71%	0,00%	0,52%	3,23%	1,02%	0,93%	1,01%	2,96%
27. Mein Gesamturteil aufgrund all meiner Erfahrungen, die ich bis jetzt mit diesem Krankenhaus gemacht habe, ist ...	3,03%	0,78%	1,20%	5,01%	1,34%	1,23%	1,77%	4,34%
28. Ich werde dieses Krankenhaus weiterempfehlen als ...	2,84%	0,46%	1,32%	4,62%	1,06%	1,12%	3,82%	6,00%

Anmerkung: Die Werte der Tabelle sind der durch bei der hierarchisch linearen Regression ermittelten Anteile der erklärten Varianz durch die entsprechende Ebene

* Anteil >10% durch alle Ebenen erklärt

^a Anteil, der durch die Stationsebene erklärt wird

^b Anteil, der durch die Abteilungsebene erklärt wird

^c Anteil, der durch die Krankenhausebene erklärt wird

^d Anteil, der durch alle Ebenen erklärt wird

Die Befunde lassen sich komplett replizieren, sodass man zusammenfassend feststellt, dass der Einfluss der unterschiedlichen Eben auf den Fragebogen insgesamt vernachlässigt werden kann und bei weiteren Analysen nicht berücksichtigt werden muss.

13 Operationalisierung der personengebundenen Einflussfaktoren

Die Operationalisierung der personengebundenen Einflussfaktoren erfolgt in diesem Kapitel. Es wird auch hier, wie im Theorieteil zwischen klassischen und intrapersonellen Einflussfaktoren unterschieden.

13.1 Klassische Einflussfaktoren

Alter

Alter: Jahre

Abbildung 46 Operationalisierung Alter

Geschlecht

Geschlecht: weiblich
 männlich

Abbildung 47 Operationalisierung Geschlecht

Krankheitsbild/ Fachabteilung und somatisches versus psychiatrisches Krankenhaus

Das Krankheitsbild wird durch die Fachabteilung operationalisiert, wobei man grundsätzlich zwischen somatischen (für körperlich erkrankte Patienten) und psychiatrischen Krankenhäusern (für psychisch erkrankte Patienten) unterscheidet. Folgende Fragen finden in beiden Einrichtungsarten Verwendung, sodass hier der Einfluss der Einrichtungsarten ermittelt werden kann:

	<i>ich je erlebt habe</i>	<i>das Beste, was</i>	<i>sehr gut</i>	<i>gut</i>	<i>akzeptabel</i>	<i>schlecht</i>
Die Art und Weise, wie meine Gefühle (Hoffnungen, Ängste, Sorgen) vom Personal respektiert werden, ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Offenheit des Stationsteams für Anregungen und Verbesserungsvorschläge ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die tägliche Unterstützung durch das Pflegepersonal ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Auskünfte des Pflegepersonals über die Abläufe in der Klinik sind ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Wahrung meiner Privatsphäre durch das Stationsteam ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Einfühlsamkeit, mit der ich über meine Erkrankung informiert wurde, ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Ausschilderung und die Möglichkeit, sich im Haus / Gelände zu orientieren, ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Patientenzimmer sind ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Essen ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Sauberkeit ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Art und Weise, wie meine Angehörigen in die Behandlung mit einbezogen werden, ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Vorbereitung auf meine Entlassung ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Ruf dieser Einrichtung ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Erfolg der Behandlung ist bis jetzt ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Gesamturteil aufgrund all meiner Erfahrungen mit dieser Einrichtung ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abbildung 48 Vergleichbare Zufriedenheitsfragen Somatik - Psychiatrie

	<i>immer</i>	<i>oft</i>	<i>selten bis nie</i>
a) Ich habe volles Vertrauen zu den Ärzten / Therapeuten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ich habe volles Vertrauen zum Pflegepersonal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Es wird <u>mit</u> mir gesprochen, nicht <u>über</u> mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abbildung 49 Vergleichbare Erlebnisfragen Somatik - Psychiatrie

Beurteilen Sie spontan, wie **wichtig** folgende Aspekte für Sie sind:

	einer der wichtigsten Aspekte überhaupt	sehr wichtig	eher wichtig	eher unwichtig
I. Eine reibungslose Aufnahme ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II. Die Qualität des Essens ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
III. Die Sauberkeit in dieser Einrichtung ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IV. Der Gesamtzustand der Zimmer und des Gebäudes ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V. Die pflegerische Betreuung ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VI. Die ärztlich-therapeutische Betreuung ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VII. Die Art und Weise, wie meine Angehörigen einbezogen werden, ist mir...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIII Die sorgfältige Vorbereitung der Entlassung ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abbildung 50 Vergleichbare Wichtigkeitsfragen Somatik - Psychiatrie

C. Meinen aktuellen Gesundheitszustand beurteile ich folgendermaßen

sehr gut	eher gut	eher schlecht	schlecht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E. Alter: Geschlecht: weiblich
 männlich

Wie beurteilen Sie diesen Fragebogen:

das Beste, was ich je erlebt habe	sehr gut	gut	akzeptabel	schlecht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abbildung 51 Weitere vergleichbare Fragen Somatik - Psychiatrie

Andererseits sind die Fachabteilungen innerhalb der Krankenhaustypen nochmals differenziert, diese Aufteilung erfolgt nach Krankheitsbildern, sodass man über den Einfluss der Fachabteilungen auch den Einfluss der Krankheitsbilder operationalisieren kann.

Die somatischen Häuser sind folgendermaßen gruppiert:

- Chirurgie
- Innere
- Gynäkologie/ Geburt
- Orthopädische Abteilung
- Augen
- HNO
- Urologie
- Neurologie
- Onkologie
- sonstiges

Die psychiatrischen Kliniken sind folgendermaßen aufgeteilt:

- Allgemeinpsychiatrie
- Tagesklinik
- Psychotherapie
- Gerontopsychiatrie
- Suchtabteilung

Bildung

E. Über welchen Bildungsabschluss verfügen Sie? (Bitte den höchsten Abschluss ankreuzen)	
<input type="checkbox"/> Keinen Schulabschluss	<input type="checkbox"/> Hauptschule
<input type="checkbox"/> Realschule	<input type="checkbox"/> Fachhochschulreife / Fachabitur
<input type="checkbox"/> Allgemeine Hochschulreife / Abitur	

Abbildung 52 Operationalisierung der Bildung über die Schulbildung (Variante 1)

F. Welche Berufsausbildung haben Sie gemacht?

<input type="checkbox"/> Keine Berufsausbildung	<input type="checkbox"/> Abgeschlossene Lehre
<input type="checkbox"/> Abgeschlossenes Studium	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

Abbildung 53 Operationalisierung der Bildung über die Berufsausbildung (Variante 2)

Einkommen

G. Berufliche Situation:	
<input type="checkbox"/> Rentner	<input type="checkbox"/> Berufstätig
<input type="checkbox"/> Arbeitslos	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

Abbildung 54 Operationalisierung des Einkommens über die berufliche Situation (Variante 1)

Wie beurteilen Sie Ihre finanzielle Situation ...

erstklassig *sehr gut* *befriedigend* *gut* *schlecht*

Abbildung 55 Operationalisierung Einkommen (Variante 2)

Sozioökonomische Klasse

H. Sind Sie privat versichert?:	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Abbildung 56 Operationalisierung der sozioökonomischen Klasse

Familiensituation

K Wie beurteilen Sie Ihre private Situation ...

erstklassig *sehr gut* *befriedigend* *gut* *schlecht*

Abbildung 57 Operationalisierung der Familiensituation

Familiengröße

Die Familiengröße wird nicht betrachtet, da in Deutschland dieses Kriterium kaum eine Differenzierung bedeutet.

Kulturelle Unterschiede und ethnische Zugehörigkeit

I. Was ist Ihre Muttersprache?

Deutsch Andere: _____

Abbildung 58 Operationalisierung kulturelle Unterschiede und ethnische Zugehörigkeit

13.2 Intrapsychische Einflussfaktoren

Schmerzmanagement

Der Fragebogen des Datenpools 3 enthält folgende Frage zum Thema Schmerz:

Ich hatte während meines Aufenthaltes Schmerzen. ja nein

Abbildung 59 Operationalisierung Schmerzmanagement

Subjektiver Gesundheitszustand

B. Meinen aktuellen Gesundheitszustand beurteile ich folgendermaßen:

sehr gut eher gut eher schlecht schlecht

Abbildung 60 Operationalisierung subjektiver Gesundheitszustand (Variante 1)

14 Ergebnisse

Nach der Beschreibung der Operationalisierung der Einflussfaktoren erfolgt in diesem Kapitel die Vorstellung der Ergebnisse. Die für die Gewinnung der Ergebnisse verwendeten Methoden und statistischen Verfahren sind bereits in Kapitel 9 beschrieben. Die folgende Darstellung der Ergebnisse, die sich auf die Hypothesen **H1a**, **H1b** und **H2** beziehen, sind getrennt nach den Einflussfaktoren vorgestellt. Die Ergebnisdarstellung bezüglich der Hypothese **H3** erfolgt im nächsten Unterkapitel, die kompletten Tabellen sind in Kapitel 29 abgebildet.

14.1 Ergebnisse zu den Hypothesen H1a, H1b und H2

In der Hypothese **H1a** wird davon ausgegangen, dass die Patientenzufriedenheit durch folgende personengebundene Faktoren beeinflusst wird:

1. Klassische Einflussfaktoren:

- Alter
- Geschlecht
- Krankheitsbild / Fachabteilung und Somatik versus Psychiatrie
- Bildung
- Einkommen
- Sozioökonomische Klasse
- Familiensituation
- Kulturelle Unterschiede und ethnische Zugehörigkeit

2. Intrapsychische Einflussfaktoren:

- Schmerzmanagement
- Subjektiver Gesundheitszustand

Die Regressionen mit den Einflussfaktoren als unabhängige und der Zufriedenheit als abhängige Variable müssen folgerichtig signifikant sein.

Die Hypothese **H1b** geht von einem geringen Effekt der Einflussfaktoren aus. Die Werte der Effektgröße der Regression müssen also über 0,02 liegen (vergleiche Kapitel 9.6.1).

Gemäß der Hypothese **H2** muss die Effektgröße unter Zuhilfenahme der Probabilistischen Testtheorie höher sein. Hierfür wird für jeden Patienten die

Personenfähigkeit bezüglich der einzelnen Skalen ermittelt und diese dann als abhängige Variable in die Regressionsanalyse eingebracht.

Am Anfang des Kapitels werden grundlegende deskriptive Ergebnisse dargestellt, inklusive des Ranges der Mittelwertsdifferenzen, wobei nur Werte über 0,2 betrachtet werden. Gemäß der Erfahrungen der Forschungsgruppe Metrik macht es erst ab diesem Wert Sinn, Abweichungen inhaltlich zu interpretieren.

Wo immer möglich, werden die Werte der Skalen dokumentiert, falls dies nicht möglich ist, erfolgt die Abbildung auf Itemebene.

14.1.1 Klassischer Einflussfaktor: Alter

Der Einfluss des Alters wird mittels des Datenpools 1 untersucht.

Patienten müssen über 16 Jahre alt sein, bevor sie an der Befragung teilnehmen können, Werte über 99 Jahre sind aus Erfassungsgründen mit 99 Jahren codiert.

Die Altersverteilung sieht folgendermaßen aus:

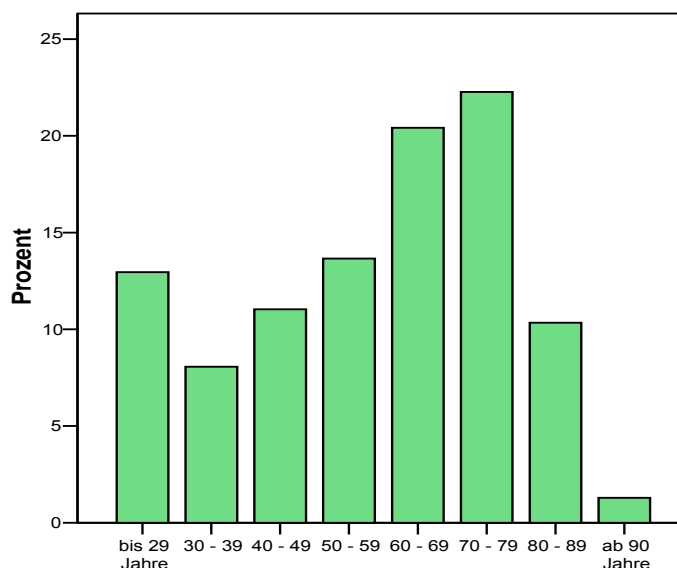


Abbildung 63 Altersverteilung Datenpool 1

Die Verteilung weist eine Rechtschiefe aus, da vor allem ältere Menschen die Leistungen von Krankenhäusern in Anspruch nehmen müssen. Im Mittel sind die

Patienten 60 Jahre alt (der Median beträgt 64 Jahre), die Verteilung hat eine Standardabweichung von 18 Jahren.

Die Skalen Pflegerische Versorgung und Funktionsbereich haben einen Range größer 0,2:

Tabelle 64

Alter: Range der Gruppenmittelwerte

Zufriedenheitsskalen	Range
Gesamtzufriedenheit	0,11
Ärztliche Versorgung	0,07
Pflegerische Versorgung	0,22*
Entlassung	0,20
Infrastruktur	0,07
Catering	0,19
Aufnahme	0,16
Funktionsbereich	0,30**

Anmerkung: Der Range ist die Spanne zwischen dem niedrigsten und dem höchsten Mittelwert einer Untergruppe, die durch den personengebundenen Einflussfaktor gebildet wird.

* Rang > 0,2

** Rang > 0,3

Die Jüngeren sind dabei etwas zufriedener als die Älteren, wobei die 30 - 49- Jährigen etwas zufriedener und die 80 – 89- Jährigen am kritischsten sind.

Hypothese H1a

Bei den nachfolgenden sechs Skalen kann die Hypothese **H1a** (s. Kapitel 8.1) bestätigt werden, da bei dieser das Alter einen höchst signifikanten Einfluss ($p < 0,001$) hat:

Tabelle 65

Alter: Signifikanzniveau KTT

Zufriedenheitsskalen	p von r^2 (KTT)
Gesamtzufriedenheit	0,000*
Ärztliche Versorgung	0,076
Pflegerische Versorgung	0,000*
Entlassung	0,000*
Infrastruktur	0,945
Catering	0,000*
Aufnahme	0,000*
Funktionsbereich	0,000*

Anmerkung: Die Werte in der Tabelle stellen den p-Wert der Regression des personengebundenen Einflussfaktors als unabhängige Variable auf die spezifische Skala als abhängige Variable dar. Der Skalenergebniswert wird über die Klassische Testtheorie gebildet.

* $p < 0,001$

Hypothese H1b

Bei keiner Skala kann die Hypothese **H1b** bestätigt werden, da das Alter nirgends einen Effekt größer 0,02 hat.

Tabelle 66

Alter: Effektgröße KTT

Zufriedenheitsskalen	Effekt (KTT)
Gesamtzufriedenheit	0,00
Ärztliche Versorgung	0,00
Pflegerische Versorgung	0,01
Entlassung	0,00
Infrastruktur	0,00
Catering	0,00
Aufnahme	0,01
Funktionsbereich	0,00

Anmerkung: Die Werte in der Tabelle stellen die Effektgröße des r^2 der Regression des personengebundenen Einflussfaktors als unabhängige Variable auf die spezifische Skala als abhängige Variable dar. Der Skalenwert wird über die Klassische Testtheorie gebildet.

Hypothese H2

Beide Verfahren führen zu vergleichbaren Ergebnissen. Die Hypothese **H2** kann nicht bestätigt werden:

Tabelle 67

Alter: Differenz des r^2 unter Zuhilfenahme der PTT minus r^2 KTT

Zufriedenheitsskalen	r^2 PPT- KTT
Gesamtzufriedenheit	-0,1%
Ärztliche Versorgung	0,0%
Pflegerische Versorgung	-0,4%
Entlassung	0,0%
Infrastruktur	0,0%
Catering	-0,2%
Aufnahme	0,0%
Funktionsbereich	-0,1%

Anmerkung: Die Werte in der Tabelle stellen die Differenz des r^2 unter Zuhilfenahme der Probabilistischen Testtheorie (r^2 PTT) minus des r^2 der Regressionsanalyse mit Werten, die durch die Klassische Testtheorie ermittelt sind (r^2 KTT), dar. Bei den Regressionen ist der personengebundene Einflussfaktor die unabhängige Variable und die spezifische Skala die abhängige Variable.

14.1.2 Klassischer Einflussfaktor: Geschlecht

Der Einfluss des Geschlechts auf die Patientenzufriedenheit wird mittels des Datenpools 1 untersucht.

Die Verteilung des Geschlechts sieht folgendermaßen aus:

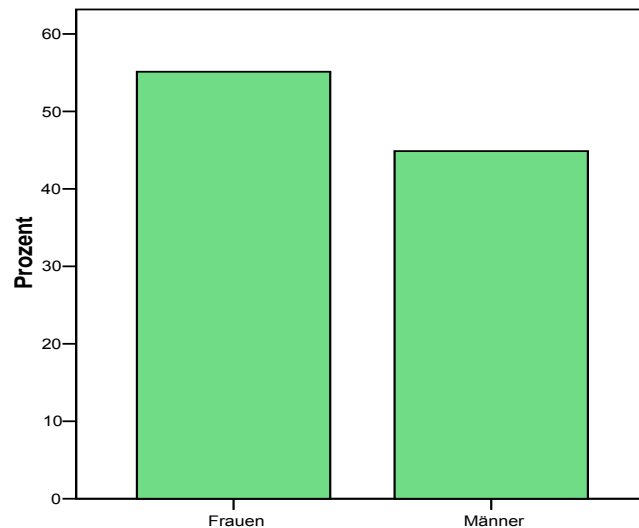


Abbildung 64 Geschlechtsverteilung Datenpool 1

55% der Befragten Personen sind Frauen.

Tabelle 68

Geschlecht: Range der Gruppenmittelwerte

Zufriedenheitsskalen	Range
Gesamtzufriedenheit	0,01
Ärztliche Versorgung	0,00
Pflegerische Versorgung	0,03
Entlassung	0,00
Infrastruktur	0,08
Catering	0,01
Aufnahme	0,01
Funktionsbereich	0,02

Anmerkung: Der Range ist die Spanne zwischen dem niedrigsten und dem höchsten Mittelwert einer Untergruppe, die durch den personengebundenen Einflussfaktor gebildet wird.

Bei der Untersuchung des Ranges erreicht keine Skala eine Differenz über 0,2.

Hypothese H1a

Bei der Skala Infrastruktur kann die Hypothesen **H1a** (s. Kapitel 8.1) bestätigt werden, da bei dieser das Geschlecht einen höchst signifikanten Einfluss ($p < 0,001$) hat:

Tabelle 69

Geschlecht: Signifikanzniveau KTT

Zufriedenheitsskalen	p von r^2 (KTT)
Gesamtzufriedenheit	0,593
Ärztliche Versorgung	0,917
Pflegerische Versorgung	0,020
Entlassung	0,803
Infrastruktur	0,000*
Catering	0,515
Aufnahme	0,322
Funktionsbereich	0,092

Anmerkung: Die Werte in der Tabelle stellen den p-Wert der Regression des personengebundenen Einflussfaktors als unabhängige Variable auf die spezifische Skala als abhängige Variable dar. Der Skalenwert wird über die Klassische Testtheorie gebildet.

* $p < 0,001$

Hypothese H1b

Tabelle 70

Geschlecht: Effektgröße KTT

Zufriedenheitsskalen	Effekt (KTT)
Gesamtzufriedenheit	0,00
Ärztliche Versorgung	0,00
Pflegerische Versorgung	0,00
Entlassung	0,00
Infrastruktur	0,00
Catering	0,00
Aufnahme	0,00
Funktionsbereich	0,00

Anmerkung: Die Werte in der Tabelle stellen die Effektgröße des r^2 der Regression des personengebundenen Einflussfaktors als unabhängige Variable auf die spezifische Skala als abhängige Variable dar. Der Skalenwert wird über die Klassische Testtheorie gebildet.

Bei keiner Skala kann die Hypothese **H1b** (s. Kapitel 8.1) bestätigt werden, da die Effektgröße des Einflussfaktors Geschlecht immer kleiner 0,02 ist.

Hypothese H2

Beide Verfahren führen zu vergleichbaren Ergebnissen. Die Hypothese **H2** kann nicht bestätigt werden:

Tabelle 71

Geschlecht: Differenz des r^2 unter Zuhilfenahme der PTT minus r^2 KTT

Zufriedenheitsskalen	r^2 PPT- KTT
Gesamtzufriedenheit	0,0%
Ärztliche Versorgung	0,0%
Pflegerische Versorgung	0,0%
Entlassung	0,0%
Infrastruktur	0,1%
Catering	0,0%
Aufnahme	0,0%
Funktionsbereich	0,0%

Anmerkung: Die Werte in der Tabelle stellen die Differenz des r^2 unter Zuhilfenahme der Probabilistischen Testtheorie (r^2 PTT) minus des r^2 der Regressionsanalyse mit Werten, die durch die Klassische Testtheorie ermittelt sind (r^2 KTT), dar. Bei den Regressionen ist der personengebundene Einflussfaktor die unabhängige Variable und die spezifische Skala die abhängige Variable.

14.1.3 Klassischer Einflussfaktor: Krankheitsbild / Fachabteilung und Somatik versus Psychiatrie

Zu Klärung dieses Einflusses wird einerseits im somatischen Bereich das Krankheitsbild über die Fachabteilung operationalisiert. Ein weiterer Aspekt ist der Vergleich zwischen somatischen und psychiatrischen Einrichtungen.

14.1.3.1 Einfluss des Krankheitsbildes - Somatischer Bereich

Der Einfluss des Krankheitsbildes im somatischen Bereich auf die Patientenzufriedenheit wird mittels des Datenpools 1 untersucht.

Die Verteilung der Fachabteilungen sieht folgendermaßen aus:

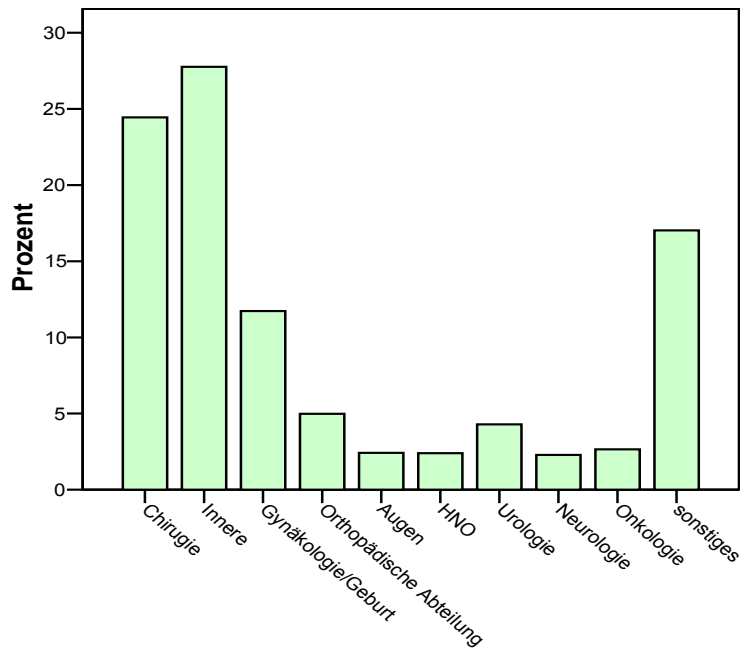


Abbildung 65 Verteilung der Fachabteilungen - Datenpool 1

Bei der Untersuchung des Ranges der Mittelwertsdifferenzen zwischen den Gruppen werden nur Werte über 0,2 betrachtet. Alle acht Skalen weisen einen entsprechenden Unterschied auf:

Tabelle 72

Krankheitsbilder somatischer Bereich: Range der Gruppenmittelwerte

Zufriedenheitsskalen	Range
Gesamtzufriedenheit	0,22*
Ärztliche Versorgung	0,30*
Pflegerische Versorgung	0,30**
Entlassung	0,34**
Infrastruktur	0,48**
Catering	0,29*
Aufnahme	0,23*
Funktionsbereich	0,32**

Anmerkung: Der Range ist die Spanne zwischen dem niedrigsten und dem höchsten Mittelwert einer Untergruppe, die durch den personengebundenen Einflussfaktor gebildet wird.

* Rang > 0,2

** Rang > 0,3

Die Differenzen werden hauptsächlich durch die etwas höhere Zufriedenheit der Patienten im Bereich der Gynäkologie/ Geburtshilfe und der Onkologie verursacht.

Leicht unzufriedener als im Schnitt sind die Patienten der Augenabteilung und inter-nistische Patienten.

Hypothese H1a

Tabelle 73

Krankheitsbilder somatischer Bereich: Signifikanzniveau KTT

Zufriedenheitsskalen	p von r ² (KTT)
Gesamtzufriedenheit	0,000*
Ärztliche Versorgung	0,000*
Pflegerische Versorgung	0,000*
Entlassung	0,000*
Infrastruktur	0,000*
Catering	0,000*
Aufnahme	0,000*
Funktionsbereich	0,000*

Anmerkung: Die Werte in der Tabelle stellen den p-Wert der Regression des personengebundenen Einflussfaktors als unabhängige Variable auf die spezifische Skala als abhängige Variable dar. Der Skalenwert wird über die Klassische Testtheorie gebildet.

* $p < 0,001$

Bei allen Skalen kann **H1a** bestätigt werden, da bei diesen das Krankheitsbild einen höchst signifikanten Einfluss ($p < 0,001$) hat.

Hypothese H1b

Bei den zwei Skalen Pflegerische Versorgung und Infrastruktur kann die Hypothese **H1b** (s. Kapitel 8.1) bestätigt werden, da bei diesen das Krankheitsbild zumindest einen kleinen Effekt größer 0,02 (vergleiche Kapitel 9.6.1) hat:

Tabelle 74

Krankheitsbilder somatischer Bereich: Effektgröße KTT

Zufriedenheitsskalen	Effekt (KTT)
Gesamtzufriedenheit	0,01
Ärztliche Versorgung	0,01
Pflegerische Versorgung	0,02*
Entlassung	0,01
Infrastruktur	0,02*
Catering	0,01
Aufnahme	0,01
Funktionsbereich	0,01

unabhängige Variable auf die spezifische Skala als abhängige Variable dar. Der Skalenwert wurde über die klassische Testtheorie gebildet.

** Effektgröße > 0,02*

Die Effekte liegen alle knapp über der Mindestgröße von 2%.

Hypothese H2

Beide Verfahren führen zu vergleichbaren Ergebnissen. Die Hypothese **H2** kann nicht bestätigt werden:

Tabelle 75

Krankheitsbild Somatik: Differenz des r^2 unter Zuhilfenahme der PTT minus r^2 KTT

Zufriedenheitsskalen	r^2 PPT- KTT
Gesamtzufriedenheit	-0,1%
Ärztliche Versorgung	-0,1%
Pflegerische Versorgung	-0,1%
Entlassung	0,2%
Infrastruktur	0,2%
Catering	0,2%
Aufnahme	0,0%
Funktionsbereich	0,1%

Anmerkung: Die Werte in der Tabelle stellen die Differenz des r^2 unter Zuhilfenahme der Probabilistischen Testtheorie (r^2 PTT) minus des r^2 der Regressionsanalyse mit Werten, die durch die Klassische Testtheorie ermittelt sind (r^2 KTT), dar. Bei den Regressionen ist der personengebundene Einflussfaktor die unabhängige Variable und die spezifische Skala die abhängige Variable.

14.1.3.2 Einfluss der Krankenhausart (Psychiatrie versus Somatik)

Der Einfluss der Krankenhausart (Psychiatrie versus Somatik) auf die Patientenzufriedenheit wird mittels des zufallreduzierten Datenpools 1 und des Datenpools 4

untersucht. Beide Dateien sind zu einem neuen Datenpool zusammengeführt. Aus methodischen Gründen ist hier die Skalenbildung nicht möglich, der Vergleich erfolgt deshalb ausschließlich auf der Itemebene.

Die Verteilung sieht folgendermaßen aus:

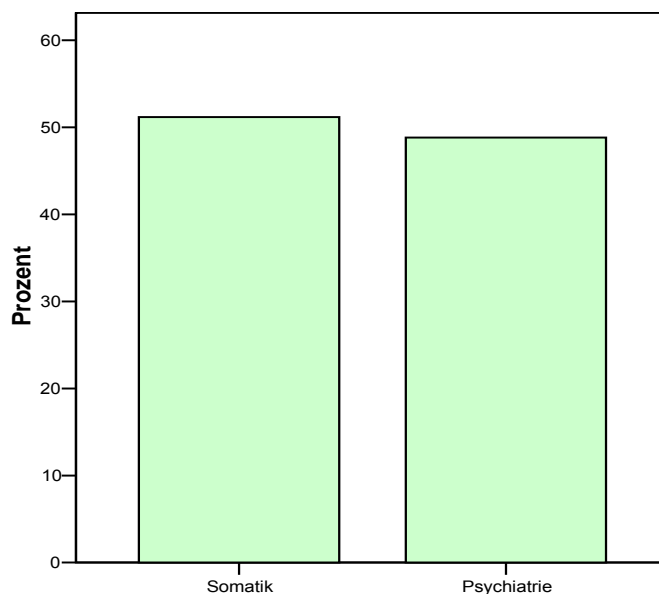


Abbildung 66 Krankenhausart (Psychiatrie versus Somatik) Verteilung - Datenpool 1 und 4

51,2% der Fälle kommen aus dem somatischen Bereich.

Bei der Untersuchung des Ranges der Mittelwertsdifferenzen zwischen den Gruppen werden nur Werte über 0,2 betrachtet, zehn Fragen weisen einen entsprechenden Unterschied auf:

Tabelle 76

Krankenhausart (Psychiatrie versus Somatik): Fragen mit Mittelwertsdifferenzen zwischen den Gruppen über 0,2

Zufriedenheitsfragen	Range
4. Die Berücksichtigung meiner Sorgen und Ängste durch das Pflegepersonal ist ...	0,24*
6. Die tägliche Unterstützung durch das Pflegepersonal ist ...	0,30*
10. Die Einfühlsamkeit, mit der mir die Diagnosen mitgeteilt werden, ist ...	0,36**
12. Die Aufklärung durch die Ärzte über Behandlung und Verlauf meiner Krankheit ist ...	0,43**
15. Der Erfolg der Behandlung ist bis jetzt ...	0,30*
20. Die Angemessenheit der Informationen für meine Angehörigen sind ...	0,39**
21. Die Patientenzimmer sind ...	0,31**
24. Das Essen ist ...	0,25*
25. Die Vorbereitung auf meine Entlassung aus dem Krankenhaus ist ...	0,23*
27. Mein Gesamturteil aufgrund all meiner Erfahrungen, die ich bis jetzt mit diesem Krankenhaus gemacht habe, ist ...	0,26*

Anmerkung: Der Range ist die Spanne zwischen dem niedrigsten und dem höchsten Mittelwert einer Untergruppe, die durch den personengebundenen Einflussfaktor gebildet wird.

* Rang > 0,2

** Rang > 0,3

Bei zehn von den 15 vergleichbaren Fragen ist die Differenz zwischen den beiden Krankenhausarten größer als 0,2, in vier Fällen sogar größer als 0,3 und in einem Fall liegt der Wert bei 0,43, wobei die psychiatrischen Patienten durchweg unzufriedener sind als die Patienten des somatischen Bereichs.

Hypothese H1a

Bei allen vergleichbaren Fragen außer bei der Frage „1. Die Ausschilderung und die Möglichkeit, sich im Haus zu orientieren, sind ...“ kann die Hypothese **H1a** bestätigt werden, da bei diesen die Krankenhausart (Psychiatrie versus Somatik) eine höchst signifikanten Einfluss ($p < 0,001$) hat.

Hypothesen H1b

Bei den nachfolgenden sechs Fragen kann die Hypothese **H1b** bestätigt werden, da bei diesen die Krankenhausart (Psychiatrie versus Somatik) zumindest einen kleinen Effekt größer 0,02 (vergleiche Kapitel 9.6.1) hat:

Tabelle 77

Fragen, auf die die Krankenhausart (Psychiatrie versus Somatik) einen Effekt hat

Zufriedenheitsfrage	Effekt
6. Die tägliche Unterstützung durch das Pflegepersonal ist ...	0,03*
10. Die Einfühlsamkeit, mit der mir die Diagnosen mitgeteilt werden, ist ...	0,04*
12. Die Aufklärung durch die Ärzte über Behandlung und Verlauf meiner Krankheit ist ...	0,06*
15. Der Erfolg der Behandlung ist bis jetzt ...	0,03*
20. Die Angemessenheit der Informationen für meine Angehörigen sind ...	0,05*
21. Die Patientenzimmer sind ...	0,03*
27. Mein Gesamturteil aufgrund all meiner Erfahrungen, die ich bis jetzt mit diesem Krankenhaus gemacht habe, ist ...	0,03*

*Anmerkung: Die Werte in der Tabelle stellen die Effektgröße des r^2 der Regression des personengebundenen Einflussfaktors als unabhängige Variable auf die spezifische Skala als abhängige Variable dar. Der Skalennwert wird über die Klassische Testtheorie gebildet.
* Effektgröße > 0,02*

Die Effektgröße liegt bei drei Fragen über 0,3, bei jeweils einer Frage bei 0,4, 0,5 und 0,6.

Die Hypothese **H2** lässt sich nicht testen, da die Voraussetzung zur Ermittlung der Personenwerte in diesem Datenpool nicht gegeben ist.

14.1.4 Klassischer Einflussfaktor: Bildung

Die Operationalisierung der Bildung erfolgt über zwei Varianten, die getrennt voneinander untersucht werden.

14.1.4.1 Klassischer Einflussfaktor: Bildung (Schule) Variante 1

E. Über welchen Bildungsabschluss verfügen Sie? (Bitte den höchsten Abschluss ankreuzen)	
<input type="checkbox"/> Keinen Schulabschluss	<input type="checkbox"/> Hauptschule
<input type="checkbox"/> Realschule	<input type="checkbox"/> Fachhochschulreife / Fachabitur
<input type="checkbox"/> Allgemeine Hochschulreife / Abitur	

Abbildung 67 Operationalisierung der Bildung über die Schulbildung (Variante 1)

Der Einfluss der Bildung (Schule) Variante 1 auf die Patientenzufriedenheit wird mittels Datenpool 2 untersucht.

Die Verteilung sieht folgendermaßen aus:

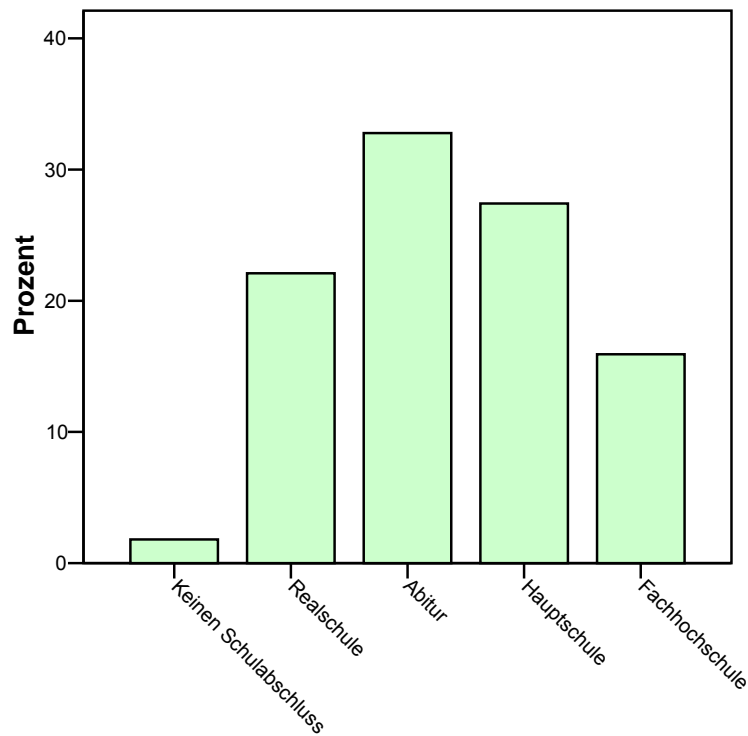


Abbildung 68 Bildung (Schule) Variante 1 Verteilung - Datenpool 2

Von den 1935 Patienten beantworteten 17,2% diese Frage nicht.

Bei der Untersuchung des Ranges der Mittelwertsdifferenzen zwischen den Gruppen werden nur Werte über 0,2 beobachtet, die Skalen Ärztliche Versorgung und Funktionsbereich weisen einen entsprechenden Unterschied auf:

Tabelle 78

Bildung (Schule) - Range der Gruppenmittelwerte (Variante 1)

Zufriedenheitsskalen	Range
Gesamtzufriedenheit	0,18
Ärztliche Versorgung	0,34**
Pflegerische Versorgung	0,18
Entlassung	0,18
Infrastruktur	0,19
Catering	0,19
Aufnahme	0,19
Funktionsbereich	0,29*

Anmerkung: Der Range ist die Spanne zwischen dem niedrigsten und dem höchsten Mittelwert einer Untergruppe, die durch den personengebundenen Einflussfaktor gebildet wird.

* Rang > 0,2

** Rang > 0,3

Am unzufriedensten sind die Patienten mit keinem Schulabschluss, Realschüler sind am zufriedensten.

Hypothese H1a

Nur bei der Skala Funktionsbereich kann die Hypothese **H1a** (s. Kapitel 8.1) bestätigt werden, da bei dieser die Bildung (Schule) Variante 1 einen höchst signifikanten Einfluss ($p < 0,001$) hat:

Tabelle 79

Bildung (Schule) - Signifikanzniveau KTT (Variante 1)

Zufriedenheitsskalen	p von r^2 (KTT)
Gesamtzufriedenheit	0,027
Ärztliche Versorgung	0,070
Pflegerische Versorgung	0,004
Entlassung	0,101
Infrastruktur	0,001
Catering	0,024
Aufnahme	0,011
Funktionsbereich	0,001*

Anmerkung: Die Werte in der Tabelle stellen den p-Wert der Regression des personengebundenen Einflussfaktors als unabhängige Variable auf die spezifische Skala als abhängige Variable dar. Der Skalenwert wird über die Klassische Testtheorie gebildet.

** $p < 0,001$*

Hypothese H1b

Die Hypothese **H1b** kann nicht bestätigt werden:

Tabelle 80

Bildung (Schule) - Effektgröße KTT (Variante 1)

Zufriedenheitsskalen	Effekt (KTT)
Gesamtzufriedenheit	0,01
Ärztliche Versorgung	0,01
Pflegerische Versorgung	0,01
Entlassung	0,01
Infrastruktur	0,01
Catering	0,01
Aufnahme	0,01
Funktionsbereich	0,01

Anmerkung: Die Werte in der Tabelle stellen die Effektgröße des r^2 der Regression des personengebundenen Einflussfaktors als unabhängige Variable auf die spezifische Skala als abhängige Variable dar. Der Skalenwert wird über die Klassische Testtheorie gebildet.

Hypothese H2

Beide Verfahren führen zu vergleichbaren Ergebnissen. Die Hypothese **H2** kann nicht bestätigt werden:

Tabelle 81

Bildung (Schule) - Differenz des r^2 unter Zuhilfenahme der PTT minus r^2 KTT (Variante 1)

Zufriedenheitsskalen	r^2 PPT- KTT
Gesamtzufriedenheit	0,2%
Ärztliche Versorgung	0,2%
Pflegerische Versorgung	0,4%
Entlassung	0,0%
Infrastruktur	0,0%
Catering	-0,1%
Aufnahme	-0,1%
Funktionsbereich	0,5%

Anmerkung: Die Werte in der Tabelle stellen die Differenz des r^2 unter Zuhilfenahme der Probabilistischen Testtheorie (r^2 PTT) minus des r^2 der Regressionsanalyse mit Werten, die durch die Klassische Testtheorie ermittelt sind (r^2 KTT), dar. Bei den Regressionen ist der personengebundene Einflussfaktor die unabhängige Variable und die spezifische Skala die abhängige Variable.
 *Differenz < -1%

14.1.4.2 Klassischer Einflussfaktor: Bildung (Ausbildung) Variante 2

F. Welche Berufsausbildung haben Sie gemacht?

- Keine Berufsausbildung
- Abgeschlossene Lehre
- Abgeschlossenes Studium
- Sonstiges: _____

Abbildung 69 Operationalisierung der Bildung über die Berufsausbildung (Variante 2)

Der Einfluss der Bildung (Ausbildung) Variante 2 auf die Patientenzufriedenheit wird mittels Datenpool 2 untersucht.

Die Verteilung sieht folgendermaßen aus:

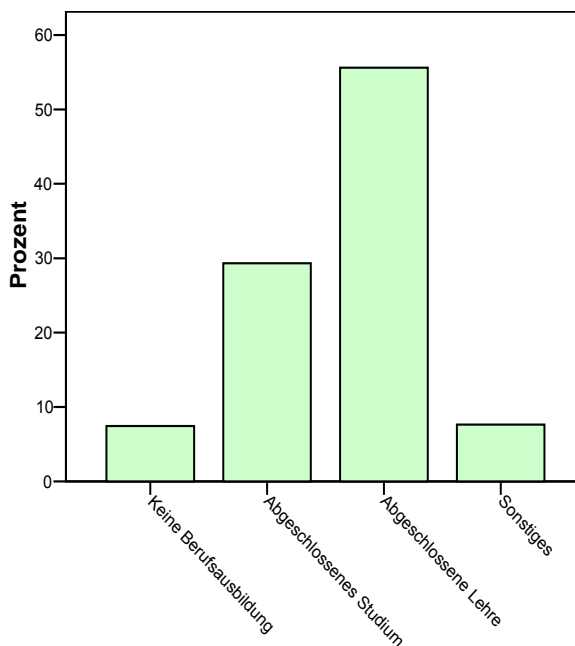


Abbildung 70 Bildung (Ausbildung) Variante 2 Verteilung - Datenpool 2

Von den 1935 Patienten beantworteten 21,1% die Frage nicht.

Bei der Untersuchung des Ranges der Mittelwertsdifferenzen zwischen den Gruppen werden nur Werte über 0,2 betrachtet, keine Skala hat einen entsprechenden Unterschied:

Tabelle 82

Bildung (Ausbildung) - Range der Gruppenmittelwerte (Variante 2)

Zufriedenheitsskalen	Range
Gesamtzufriedenheit	0,10
Ärztliche Versorgung	0,17
Pflegerische Versorgung	0,18
Entlassung	0,16
Infrastruktur	0,19
Catering	0,13
Aufnahme	0,10
Funktionsbereich	0,07

Anmerkung: Der Range ist die Spanne zwischen dem niedrigsten und dem höchsten Mittelwert einer Untergruppe, die durch den personengebundenen Einflussfaktor gebildet wird.

Hypothese H1a

Bei den nachfolgenden Skalen Pflegerische Versorgung und Infrastruktur kann die Hypothese **H1a** bestätigt werden, da bei diesen Bildung (Ausbildung) Variante 2 einen höchst signifikanten Einfluss ($p < 0,001$) hat:

Tabelle 83

Bildung (Ausbildung) - Signifikanzniveau KTT (Variante 2)

Zufriedenheitsskalen	p von r^2 (KTT)
Gesamtzufriedenheit	0,006
Ärztliche Versorgung	0,067
Pflegerische Versorgung	0,000*
Entlassung	0,203
Infrastruktur	0,000*
Catering	0,031
Aufnahme	0,116
Funktionsbereich	0,035

Anmerkung: Die Werte in der Tabelle stellen den p-Wert der Regression des personengebundenen Einflussfaktors als unabhängige Variable auf die spezifische Skala als abhängige Variable dar. Der Skalenwert wird über die Klassische Testtheorie gebildet.

** $p < 0,001$*

Hypothese H1b

Bei keiner Skala kann die Hypothese **H1b** bestätigt werden:

Tabelle 84

Bildung (Ausbildung) - Effektgröße KTT (Variante 2)

Zufriedenheitsskalen	Effekt (KTT)
Gesamtzufriedenheit	0,01
Ärztliche Versorgung	0,00
Pflegerische Versorgung	0,02
Entlassung	0,00
Infrastruktur	0,02
Catering	0,01
Aufnahme	0,00
Funktionsbereich	0,01

Anmerkung: Die Werte in der Tabelle stellen die Effektgröße des r^2 der Regression des personengebundenen Einflussfaktors als unabhängige Variable auf die spezifische Skala als abhängige Variable dar. Der Skalenergebniswert wird über die Klassische Testtheorie gebildet.

Hypothese H2

Beide Verfahren führen zu vergleichbaren Ergebnissen. Die Hypothese **H2** kann nicht bestätigt werden:

Tabelle 85

Bildung (Ausbildung) - Differenz des r^2 unter Zuhilfenahme der PTT minus r^2 KTT (Variante 2)

Zufriedenheitsskalen	r^2 PPT- KTT
Gesamtzufriedenheit	0,1%
Ärztliche Versorgung	0,3%
Pflegerische Versorgung	-0,3%
Entlassung	-0,2%
Infrastruktur	0,1%
Catering	0,1%
Aufnahme	0,0%
Funktionsbereich	-0,2%

Anmerkung: Die Werte in der Tabelle stellen die Differenz des r^2 unter Zuhilfenahme der Probabilistischen Testtheorie (r^2 PTT) minus des r^2 der Regressionsanalyse mit Werten, die durch die Klassische Testtheorie ermittelt sind (r^2 KTT), dar. Bei den Regressionen ist der personengebundene Einflussfaktor die unabhängige Variable und die spezifische Skala die abhängige Variable.

14.1.5 Klassischer Einflussfaktor: Einkommen

Die Operationalisierung des Einkommens erfolgt über zwei Varianten, die getrennt voneinander untersucht werden.

14.1.5.1 Klassischer Einflussfaktor: Einkommen Variante 1 (Beruf)

Der Einfluss des Einkommens der Variante 1 wird mittels des Datenpools 2 untersucht und ist folgendermaßen operationalisiert:

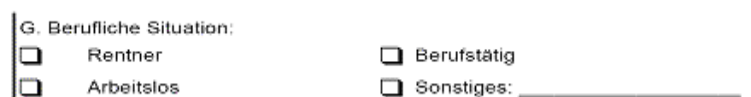


Abbildung 71 Operationalisierung des Einkommens über die berufliche Situation (Variante 1)

Die Verteilung sieht folgendermaßen aus:

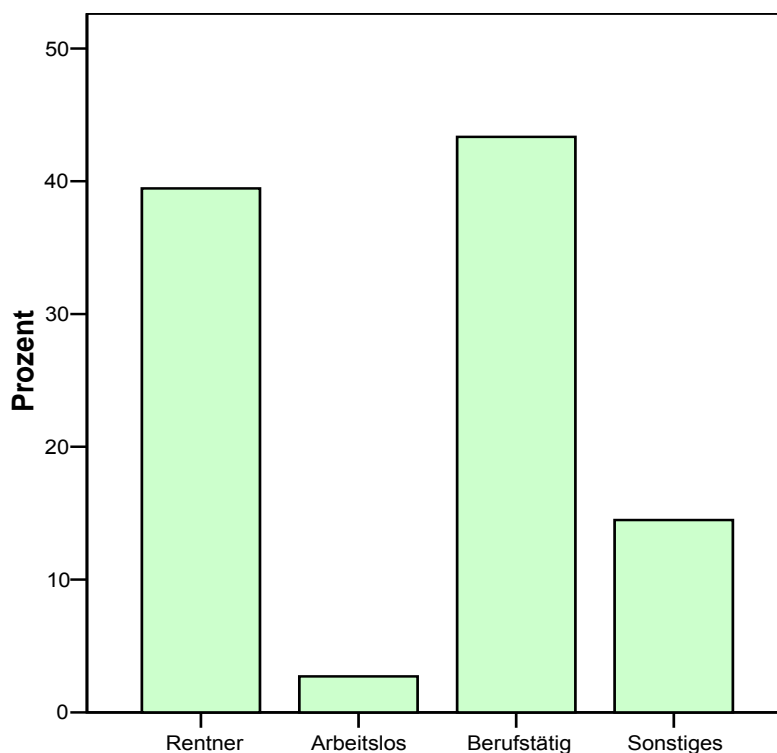


Abbildung 72 Einkommen Variante 1 Verteilung - Datenpool 2

Von den 1935 Patienten beantworteten 56,1% diese Frage nicht.

Bei der Untersuchung des Ranges der Mittelwertsdifferenzen zwischen den Gruppen werden nur Werte über 0,2 betrachtet, Die Skalen Ärztliche und Pflegerische Versorgung und Funktionsbereich haben einen entsprechenden Unterschied:

Tabelle 86*Einkommen V1 - Berufstätigkeit: Range der Gruppenmittelwerte*

Zufriedenheitsskalen	Range
Gesamtzufriedenheit	0,09
Ärztliche Versorgung	0,24*
Pflegerische Versorgung	0,36**
Entlassung	0,17
Infrastruktur	0,10
Catering	0,15
Aufnahme	0,15
Funktionsbereich	0,29*

Anmerkung: Der Range ist die Spanne zwischen dem niedrigsten und dem höchsten Mittelwert einer Untergruppe, die durch den personengebundenen Einflussfaktor gebildet wird.

* Rang > 0,2

** Rang > 0,3

Die Rentner und die Berufstätigen sind etwas zufriedener. Besonders unzufrieden sind die Personen, die keine Angaben gemacht haben.

Hypothese H1a

Nur bei den Skalen Ärztliche Versorgung und Entlassung kann die Hypothese **H1a** (s. Kapitel 8.1) nicht bestätigt werden:

Tabelle 87*Einkommen Beruf - Signifikanzniveau KTT (Variante 1)*

Zufriedenheitsskalen	p von r ² (KTT)
Gesamtzufriedenheit	0,000*
Ärztliche Versorgung	0,001
Pflegerische Versorgung	0,000*
Entlassung	0,570
Infrastruktur	0,000*
Catering	0,000*
Aufnahme	0,001*
Funktionsbereich	0,000*

Anmerkung: Die Werte in der Tabelle stellen den p-Wert der Regression des personengebundenen Einflussfaktors als unabhängige Variable auf die spezifische Skala als abhängige Variable dar. Der Skalenswert wird über die Klassische Testtheorie gebildet.

* $p < 0,001$

Hypothese H1b

Bei den nachfolgenden vier Skalen Gesamtzufriedenheit, Pflegerische Versorgung, Infrastruktur und Funktionsbereich kann die Hypothese **H1b** (s. Kapitel 8.1) bestätigt

werden, da bei diesen das Einkommen Variante 1 zumindest einen kleinen Effekt größer 0,02 (vergleiche Kapitel 9.6.1) aufweist:

Tabelle 88

Einkommen Beruf - Effektgröße KTT (Variante 1)

Zufriedenheitsskalen	Effekt (KTT)
Gesamtzufriedenheit	0,04*
Ärztliche Versorgung	0,01
Pflegerische Versorgung	0,03*
Entlassung	0,00
Infrastruktur	0,07*
Catering	0,01
Aufnahme	0,01
Funktionsbereich	0,02*

*Anmerkung: Die Werte in der Tabelle stellen die Effektgröße des r^2 der Regression des personengebundenen Einflussfaktors als unabhängige Variable auf die spezifische Skala als abhängige Variable dar. Der Skalenwert wird über die Klassische Testtheorie gebildet.
* Effektgröße > 0,02*

Hypothese H2

Beide Verfahren führen zu vergleichbaren Ergebnissen. Die Hypothese **H2** kann nicht bestätigt werden:

Tabelle 89

Einkommen: Beruf - Differenz des r^2 unter Zuhilfenahme der PTT minus r^2 KTT (Variante 1)

Zufriedenheitsskalen	r^2 PPT- KTT
Gesamtzufriedenheit	0,0%
Ärztliche Versorgung	0,6%
Pflegerische Versorgung	-0,6%
Entlassung	0,2%
Infrastruktur	-0,3%
Catering	0,2%
Aufnahme	0,0%
Funktionsbereich	-1,3%*

*Anmerkung: Die Werte in der Tabelle stellen die Differenz des r^2 unter Zuhilfenahme der Probabilistischen Testtheorie (r^2 PTT) minus des r^2 der Regressionsanalyse mit Werten, die durch die Klassische Testtheorie ermittelt sind (r^2 KTT), dar. Bei den Regressionen ist der personengebundene Einflussfaktor die unabhängige Variable und die spezifische Skala die abhängige Variable.
Differenz < -1%

Bei der Skala Funktionsbereich liegt die Differenz bei etwas über 1%, alle anderen Skalen liegen deutlich darunter.

14.1.5.2 Klassischer Einflussfaktor: Einkommen Variante 2 (Finanzsituation)

Der Einfluss des Einkommens der Variante 2 wird mittels des Datenpools 1 untersucht und ist folgendermaßen operationalisiert:



Abbildung 73 Operationalisierung Einkommen (Variante 2)

Der Einfluss des Einkommens der Variante 2 wird mittels des Datenpools 2 untersucht.

Die Verteilung sieht folgendermaßen aus:

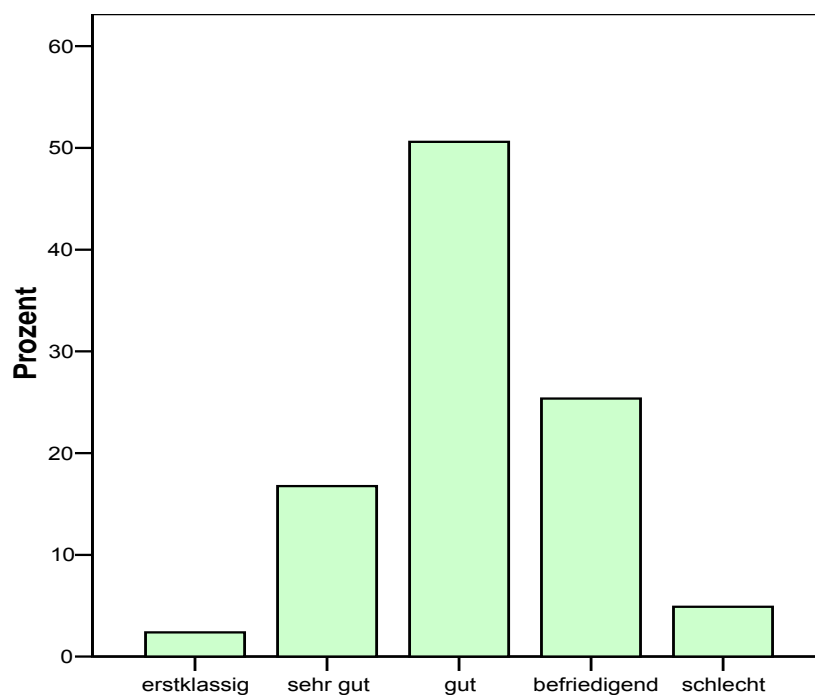


Abbildung 74 Einkommen Variante 2 – Finanzielle Situation: Verteilung - Datenpool 2

Der Mittelwert liegt bei 3,14 und die Standardabweichung bei 0,833. Von den 1935 Patienten beantworten 17,7% die Frage nicht.

Bei der Untersuchung des Ranges der Mittelwertsdifferenzen zwischen den Gruppen werden nur Werte über 0,2 betrachtet, vier Skalen haben einen entsprechenden Unterschied:

Tabelle 90*Einkommen - Finanzielle Situation: Range der Gruppenmittelwerte (Variante 2)*

Zufriedenheitsskalen	Range
Gesamtzufriedenheit	0,12
Ärztliche Versorgung	0,07
Pflegerische Versorgung	0,23*
Entlassung	0,15
Infrastruktur	0,22*
Catering	0,22*
Aufnahme	0,21*
Funktionsbereich	0,18

Anmerkung: Der Range ist die Spanne zwischen dem niedrigsten und dem höchsten Mittelwert einer Untergruppe, die durch den personengebundenen Einflussfaktor gebildet wird.

* Rang > 0,2

Etwas zufriedener sind die Patienten, die erstklassig, sehr gut oder gut angeben, die besonders unzufriedenen sind die Patienten, die keine Antwort hier geben.

Hypothese H1a

Bei keiner der Skalen kann die Hypothese **H1a** bestätigt werden:

Tabelle 91*Einkommen finanzielle Situation - Signifikanzniveau KTT (Variante 2)*

Zufriedenheitsskalen	p von r ² (KTT)
Gesamtzufriedenheit	0,950
Ärztliche Versorgung	0,813
Pflegerische Versorgung	0,026
Entlassung	0,749
Infrastruktur	0,001
Catering	0,266
Aufnahme	0,728
Funktionsbereich	0,316

Anmerkung: Die Werte in der Tabelle stellen den p-Wert der Regression des personengebundenen Einflussfaktors als unabhängige Variable auf die spezifische Skala als abhängige Variable dar. Der Skalenwert wird über die Klassische Testtheorie gebildet.

Hypothese H1b

Keine Skala weist eine Effektstärke größer 0,02 auf, die Hypothese **H1b** muss folglich verworfen werden.

Tabelle 92*Einkommen finanzielle Situation - Effektgröße KTT (Variante 2)*

Zufriedenheitsskalen	Effekt (KTT)
Gesamtzufriedenheit	0,00
Ärztliche Versorgung	0,00
Pflegerische Versorgung	0,00
Entlassung	0,00
Infrastruktur	0,01
Catering	0,00
Aufnahme	0,00
Funktionsbereich	0,00

Anmerkung: Die Werte in der Tabelle stellen die Effektgröße des r^2 der Regression des personengebundenen Einflussfaktors als unabhängige Variable auf die spezifische Skala als abhängige Variable dar. Der Skalenwert wird über die Klassische Testtheorie gebildet.

Hypothese H2

Beide Verfahren führen zu vergleichbaren Ergebnissen. Die Hypothese **H2** kann nicht bestätigt werden:

Tabelle 93*Einkommen finanzielle Situation - Differenz des r^2 unter Zuhilfenahme der PTT minus r^2 KTT (Variante 2)*

Zufriedenheitsskalen	r^2 PPT- KTT
Gesamtzufriedenheit	0,0%
Ärztliche Versorgung	0,0%
Pflegerische Versorgung	-0,3%
Entlassung	0,0%
Infrastruktur	-0,2%
Catering	0,2%
Aufnahme	0,0%
Funktionsbereich	-0,1%

Anmerkung: Die Werte in der Tabelle stellen die Differenz des r^2 unter Zuhilfenahme der Probabilistischen Testtheorie (r^2 PPT) minus des r^2 der Regressionsanalyse mit Werten, die durch die Klassische Testtheorie ermittelt sind (r^2 KTT), dar. Bei den Regressionen ist der personengebundene Einflussfaktor die unabhängige Variable und die spezifische Skala die abhängige Variable.

14.1.6 Klassischer Einflussfaktor: Sozioökonomische Klasse

Der Einfluss der sozioökonomischen Klasse wird mittels des Datenpools 2 untersucht.

Die Verteilung sieht folgendermaßen aus:

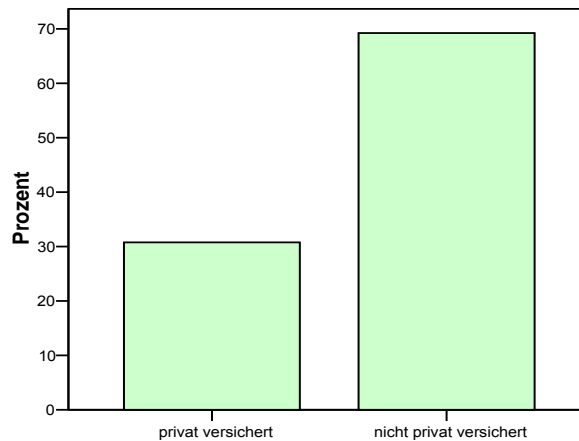


Abbildung 75 sozioökonomische Klasse Verteilung - Datenpool 2

25,1 % geben an privat versichert zu sein. Von den 1935 Patienten beantworten 18,3% die Frage nicht.

Bei der Untersuchung des Ranges der Mittelwertsdifferenzen zwischen den Gruppen wird bei keiner Zufriedenheitsfrage der Wert von 0,2 überschritten. Privatpatienten und Nicht- Privatpatienten zeigen im Schnitt keine Unterschiede bei der Zufriedenheitsbeurteilung.

Tabelle 94

Sozioökonomischen Klasse - Range der Gruppenmittelwerte

Zufriedenheitsskalen	Range
Gesamtzufriedenheit	0,05
Ärztliche Versorgung	0,05
Pflegerische Versorgung	0,00
Entlassung	0,04
Infrastruktur	0,08
Catering	0,16
Aufnahme	0,11
Funktionsbereich	0,03

Anmerkung: Der Range ist die Spanne zwischen dem niedrigsten und dem höchsten Mittelwert einer Untergruppe, die durch den personengebundenen Einflussfaktor gebildet wird.

Hypothese H1a

Bei den Skalen Catering und Aufnahme kann ein signifikanter Einfluss der sozioökonomischen Klasse nachgewiesen werden:

Tabelle 95*Sozioökonomische Klasse - Signifikanzniveau KTT*

Zufriedenheitsskalen	p von r ² (KTT)
Gesamtzufriedenheit	0,235
Ärztliche Versorgung	0,200
Pflegerische Versorgung	0,989
Entlassung	0,392
Infrastruktur	0,057
Catering	0,000*
Aufnahme	0,001*
Funktionsbereich	0,513

Anmerkung: Die Werte in der Tabelle stellen den p-Wert der Regression des personengebundenen Einflussfaktors als unabhängige Variable auf die spezifische Skala als abhängige Variable dar. Der Skalenwert wird über die Klassische Testtheorie gebildet.

** p < 0,001*

Hypothese H1b

Die Hypothese **H1b** muss bei allen Skalen verworfen werden, da der Einflussfaktor sozioökonomische Klasse nirgends einen Effekt größer 0,02 hatte.

Tabelle 96*Sozioökonomische Klasse - Effektgröße KTT*

Zufriedenheitsskalen	Effekt (KTT)
Gesamtzufriedenheit	0,00
Ärztliche Versorgung	0,00
Pflegerische Versorgung	0,00
Entlassung	0,00
Infrastruktur	0,00
Catering	0,01
Aufnahme	0,01
Funktionsbereich	0,00

Anmerkung: Die Werte in der Tabelle stellen die Effektgröße des r² der Regression des personengebundenen Einflussfaktors als unabhängige Variable auf die spezifische Skala als abhängige Variable dar. Der Skalenwert wird über die Klassische Testtheorie gebildet.

Hypothese H2

Beide Verfahren führen zu vergleichbaren Ergebnissen. Die Hypothese H2 kann nicht bestätigt werden:

Tabelle 97

Sozioökonomische Klasse - Differenz des r^2 unter Zuhilfenahme der PTT minus r^2 KTT

Zufriedenheitsskalen	r^2 PPT- KTT
Gesamtzufriedenheit	0,0%
Ärztliche Versorgung	0,1%
Pflegerische Versorgung	0,0%
Entlassung	0,2%
Infrastruktur	0,0%
Catering	-0,2%
Aufnahme	-0,1%
Funktionsbereich	0,0%

Anmerkung: Die Werte in der Tabelle stellen die Differenz des r^2 unter Zuhilfenahme der Probabilistischen Testtheorie (r^2 PTT) minus des r^2 der Regressionsanalyse mit Werten, die durch die Klassische Testtheorie ermittelt sind (r^2 KTT), dar. Bei den Regressionen ist der personengebundene Einflussfaktor die unabhängige Variable und die spezifische Skala die abhängige Variable.
*Differenz > 1%

14.1.7 Klassischer Einflussfaktor: Familiäre Situation

Der Einfluss der familiären Situation wird mittels des Datenpools 2 untersucht.

Die Verteilung sieht folgendermaßen aus:

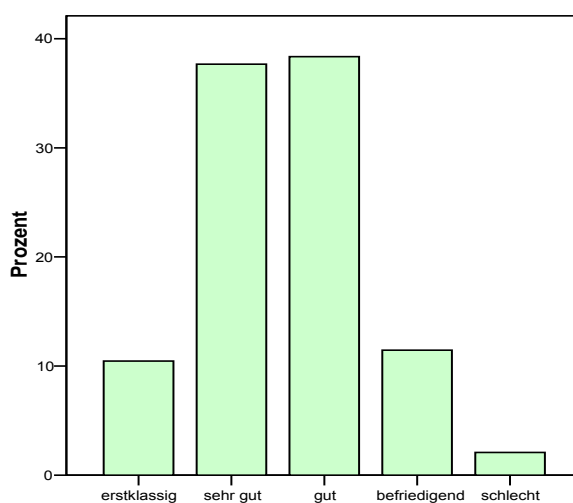


Abbildung 76 familiäre Situation Verteilung - Datenpool 2

Der Mittelwert liegt bei 2,57 und die Standardabweichung bei 0,899. Von den 1935 Patienten beantworten 17,9% die Frage nicht.

Bei der Untersuchung des Ranges der Mittelwertsdifferenzen zwischen den Gruppen haben alle Skalen einen Wert größer als 0,2:

Tabelle 98*familiäre Situation - Rang der Gruppenmittelwerte*

Zufriedenheitsskalen	Range
Gesamtzufriedenheit	0,26*
Ärztliche Versorgung	0,39**
Pflegerische Versorgung	0,37**
Entlassung	0,25*
Infrastruktur	0,69**
Catering	0,38**
Aufnahme	0,20*
Funktionsbereich	0,51**

Anmerkung: Der Range ist die Spanne zwischen dem niedrigsten und dem höchsten Mittelwert einer Untergruppe, die durch den personengebundenen Einflussfaktor gebildet wird.

* Rang > 0,2

** Rang > 0,3

Die Skalen Funktionsbereich und Infrastruktur haben sogar Werte über 0,5. Patienten, die in einer positiven familiären Situation leben, sind deutlich zufriedener.

Hypothese H1a

Es kann jedoch nur bei den vier Skalen Gesamtzufriedenheit, ärztliche und pflegerische Versorgung und Infrastruktur die Hypothese bestätigt werden, da bei diesen die familiäre Situation einen höchst signifikanten Einfluss ($p < 0,001$) hat:

Tabelle 99*familiäre Situation - Signifikanzniveau KTT*

Zufriedenheitsskalen	p von r^2 (KTT)
Gesamtzufriedenheit	0,000*
Ärztliche Versorgung	0,001*
Pflegerische Versorgung	0,000*
Entlassung	0,012
Infrastruktur	0,000*
Catering	0,003
Aufnahme	0,001
Funktionsbereich	0,006

Anmerkung: Die Werte in der Tabelle stellen den p-Wert der Regression des personengebundenen Einflussfaktors als unabhängige Variable auf die spezifische Skala als abhängige Variable dar. Der Skalenwert wird über die Klassische Testtheorie gebildet.

* $p < 0,001$

Hypothese H1b

Bei den Skalen pflegerische Versorgung und Infrastruktur kann die Hypothese **H1b** bestätigt werden, da bei diesen die familiäre Situation zumindest einen kleinen Effekt größer 0,02 (vergleiche Kapitel 9.6.1) hat:

Tabelle 100

familiäre Situation - Effektgröße KTT

Zufriedenheitsskalen	Effekt (KTT)
Gesamtzufriedenheit	0,01
Ärztliche Versorgung	0,01
Pflegerische Versorgung	0,02*
Entlassung	0,00
Infrastruktur	0,03*
Catering	0,01
Aufnahme	0,01
Funktionsbereich	0,01

Anmerkung: Die Werte in der Tabelle stellen die Effektgröße des r^2 der Regression des personengebundenen Einflussfaktors als unabhängige Variable auf die spezifische Skala als abhängige Variable dar. Der Skalennwert wird über die Klassische Testtheorie gebildet.

** Effektgröße > 0,02*

Hypothese H2

Beide Verfahren führen zu vergleichbaren Ergebnissen. Die Hypothese **H2** kann nicht bestätigt werden:

Tabelle 101

familiäre Situation - Skalen, bei denen das r^2 PTT größer ist, als das r^2 KTT

Zufriedenheitsskalen	r^2 PPT- KTT
Gesamtzufriedenheit	-0,1%
Ärztliche Versorgung	0,0%
Pflegerische Versorgung	-0,7%
Entlassung	0,5%
Infrastruktur	-0,2%
Catering	0,0%
Aufnahme	-0,1%
Funktionsbereich	1,2%*

Anmerkung: Die Werte in der Tabelle stellen die Differenz des r^2 unter Zuhilfenahme der Probabilistischen Testtheorie (r^2 PTT) minus des r^2 der Regressionsanalyse mit Werten, die durch die Klassische Testtheorie ermittelt sind (r^2 KTT), dar. Bei den Regressionen ist der personengebundene Einflussfaktor die unabhängige Variable und die spezifische Skala die abhängige Variable.

**Differenz > 1%*

Nur beim Funktionsbereich liegt die Differenz über 1%.

14.1.8 Klassischer Einflussfaktor: Kulturelle Unterschiede und ethnische Zugehörigkeit

Der Einfluss der kulturellen Unterschiede und die ethnische Zugehörigkeit wird mittels des Datenpools 2 untersucht.

Die Verteilung sieht folgendermaßen aus:

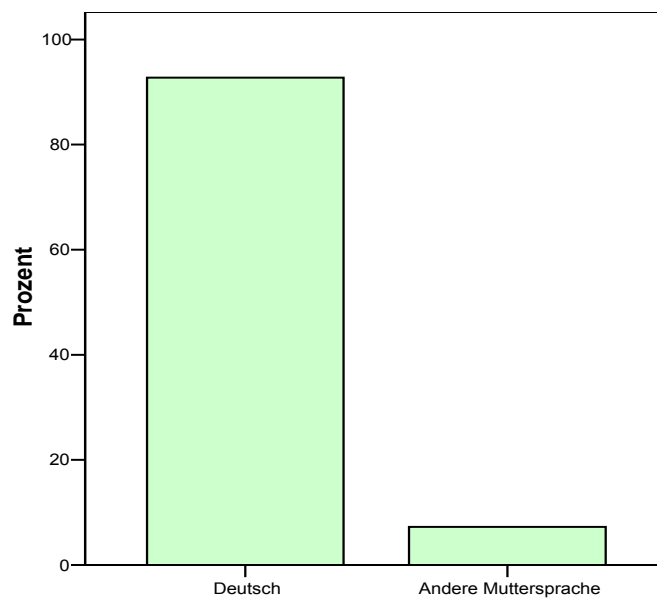


Abbildung 77 kulturelle Unterschiede und ethnische Zugehörigkeit Verteilung - Datenpool 2

92,8% der Patienten geben Deutsch als Muttersprache an. Von den 1935 Patienten beantworten 19,4% die Frage nicht.

Bei der Untersuchung des Ranges der Mittelwertsdifferenzen zwischen den Gruppen werden nur Werte über 0,2 betrachtet, nur die Skala Entlassung hat einen entsprechenden Unterschied:

Tabelle 102*kulturelle Unterschiede und ethnische Zugehörigkeit - Range der Gruppenmittelwerte*

Zufriedenheitsskalen	Range
Gesamtzufriedenheit	0,13
Ärztliche Versorgung	0,03
Pflegerische Versorgung	0,06
Entlassung	0,21*
Infrastruktur	0,19
Catering	0,09
Aufnahme	0,17
Funktionsbereich	0,05

Anmerkung: Der Range ist die Spanne zwischen dem niedrigsten und dem höchsten Mittelwert einer Untergruppe, die durch den personengebundenen Einflussfaktor gebildet wird.

** Rang > 0,2*

Patienten mit anderen Muttersprachen sind geringfügig zufriedener als muttersprachlich deutsche Patienten.

Hypothese H1a

Bei den zwei Skalen Infrastruktur und Aufnahme kann die Hypothese **H1a** bestätigt werden, da bei diesen kulturelle Unterschiede und ethnische Zugehörigkeit einen höchst signifikanten Einfluss ($p < 0,001$) haben:

Tabelle 103*kulturelle Unterschiede und ethnische Zugehörigkeit - Signifikanzniveau KTT*

Zufriedenheitsskalen	p von r^2 (KTT)
Gesamtzufriedenheit	0,001
Ärztliche Versorgung	0,196
Pflegerische Versorgung	0,001
Entlassung	0,006
Infrastruktur	0,000*
Catering	0,040
Aufnahme	0,000*
Funktionsbereich	0,025

Anmerkung: Die Werte in der Tabelle stellen den p-Wert der Regression des personengebundenen Einflussfaktors als unabhängige Variable auf die spezifische Skala als abhängige Variable dar. Der Skalennwert wird über die Klassische Testtheorie gebildet.

** $p < 0,001$*

Hypothese H1b

Die Hypothese **H1b** muss bei allen Skalen verworfen werden, da die Einflussfaktoren kultureller Unterschied und ethnische Zugehörigkeit nirgends einen Effekt größer 0,02 erzeugen.

Tabelle 104

kulturelle Unterschiede und ethnische Zugehörigkeit - Effektgröße KTT

Zufriedenheitsskalen	Effekt (KTT)
Gesamtzufriedenheit	0,01
Ärztliche Versorgung	0,00
Pflegerische Versorgung	0,01
Entlassung	0,01
Infrastruktur	0,01
Catering	0,00
Aufnahme	0,01
Funktionsbereich	0,00

Anmerkung: Die Werte in der Tabelle stellen die Effektgröße des r^2 der Regression des personengebundenen Einflussfaktors als unabhängige Variable auf die spezifische Skala als abhängige Variable dar. Der Skalenwert wird über die Klassische Testtheorie gebildet.

Hypothese H2

Beide Verfahren führen zu vergleichbaren Ergebnissen. Die Hypothese **H2** kann nicht bestätigt werden:

Tabelle 105

kulturelle Unterschiede und ethnische Zugehörigkeit - Differenz des r^2 unter Zuhilfenahme der PTT minus r^2 KTT

Zufriedenheitsskalen	r^2 PPT- KTT
Gesamtzufriedenheit	0,3%
Ärztliche Versorgung	-0,1%
Pflegerische Versorgung	0,3%
Entlassung	-0,2%
Infrastruktur	-0,1%
Catering	-0,2%
Aufnahme	-0,5%
Funktionsbereich	0,1%

Anmerkung: Die Werte in der Tabelle stellen die Differenz des r^2 unter Zuhilfenahme der Probabilistischen Testtheorie (r^2 PTT) minus des r^2 der Regressionsanalyse mit Werten, die durch die Klassische Testtheorie ermittelt sind (r^2 KTT), dar. Bei den Regressionen ist der personengebundene Einflussfaktor die unabhängige Variable und die spezifische Skala die abhängige Variable.

14.1.9 Intrapersoneller Einflussfaktor: Schmerz

Zur Testung des Einflusses von Schmerz auf die Patientenzufriedenheit wird Datenpool 3 verwendet.

Die Verteilung sieht folgendermaßen aus:

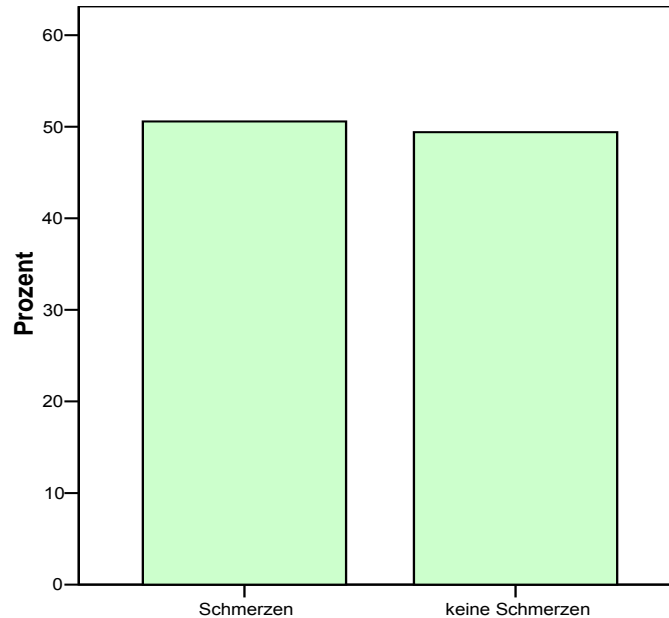


Abbildung 78 Schmerz Verteilung - Datenpool 2

44,9% der Patienten berichten, dass sie während des Aufenthalts Schmerzen haben. Von den 1935 Patienten beantworteten 11,3% die Frage nicht.

Bei der Untersuchung des Ranges erreicht keine Skala eine Differenz über 0,2.

Tabelle 106

Schmerz - Range der Gruppenmittelwerte

Zufriedenheitsskalen	Range
Gesamtzufriedenheit	0,04
Ärztliche Versorgung	0,03
Pflegerische Versorgung	0,03
Entlassung	0,03
Infrastruktur	0,00
Catering	0,04
Aufnahme	0,02
Funktionsbereich	0,02

Anmerkung: Der Range ist die Spanne zwischen dem niedrigsten und dem höchsten Mittelwert einer Untergruppe, die durch den personengebundenen Einflussfaktor gebildet wird.

Hypothese H1a

Bei den keiner Skalen kann die Hypothese **H1a** bestätigt werden:

Tabelle 107

Schmerz - Signifikanzniveau KTT

Zufriedenheitsskalen	p von r ² (KTT)
Gesamtzufriedenheit	0,008
Ärztliche Versorgung	0,046
Pflegerische Versorgung	0,014
Entlassung	0,064
Infrastruktur	0,772
Catering	0,014
Aufnahme	0,123
Funktionsbereich	0,107

Anmerkung: Die Werte in der Tabelle stellen den p-Wert der Regression des personengebundenen Einflussfaktors als unabhängige Variable auf die spezifische Skala als abhängige Variable dar. Der Skalennwert wird über die Klassische Testtheorie gebildet.

Hypothese H1b

Bei keiner Skala kann die Hypothese **H1b** bestätigt werden, da der Einflussfaktor Schmerz nirgends einen Effekt größer 0,02 (vergleiche Kapitel 9.6.1) erzeugt.

Tabelle 108

Schmerz - Effektgröße KTT

Zufriedenheitsskalen	Effekt (KTT)
Gesamtzufriedenheit	0,00
Ärztliche Versorgung	0,00
Pflegerische Versorgung	0,00
Entlassung	0,00
Infrastruktur	0,00
Catering	0,00
Aufnahme	0,00
Funktionsbereich	0,00

Anmerkung: Die Werte in der Tabelle stellen die Effektgröße des r² der Regression des personengebundenen Einflussfaktors als unabhängige Variable auf die spezifische Skala als abhängige Variable dar. Der Skalennwert wird über die Klassische Testtheorie gebildet.

Hypothese H2

Beide Verfahren führen zu vergleichbaren Ergebnissen. Die Hypothese **H2** kann nicht bestätigt werden:

Tabelle 109

Schmerz - Differenz des r^2 unter Zuhilfenahme der PTT minus r^2 KTT

Zufriedenheitsskalen	r^2 PPT- KTT
Gesamtzufriedenheit	0,0%
Ärztliche Versorgung	0,0%
Pflegerische Versorgung	0,0%
Entlassung	0,0%
Infrastruktur	0,0%
Catering	-0,1%
Aufnahme	0,0%
Funktionsbereich	0,0%

Anmerkung: Die Werte in der Tabelle stellen die Differenz des r^2 unter Zuhilfenahme der Probabilistischen Testtheorie (r^2 PTT) minus des r^2 der Regressionsanalyse mit Werten, die durch die Klassische Testtheorie ermittelt sind (r^2 KTT), dar. Bei den Regressionen ist der personengebundene Einflussfaktor die unabhängige Variable und die spezifische Skala die abhängige Variable.

14.1.10 Intrapersoneller Einflussfaktor: Subjektiver Gesundheitszustand

Zur Testung des Einflusses des subjektiven Gesundheitszustands gibt es zwei Varianten und es werden zwei Datenpools verwendet.

14.1.10.1 Intrapersoneller Einflussfaktor: Einschätzung des Gesundheitszustands Variante 1 (Selbsteinschätzung)

In dieser Variante wird der Gesundheitszustand folgendermaßen operationalisiert:

B. Meinen aktuellen Gesundheitszustand beurteile ich folgendermaßen:

sehr gut eher gut eher schlecht schlecht

Abbildung 79 Operationalisierung Subjektiver Gesundheitszustand (Variante 1)

Als Datenbasis dient der Datenpool 1.

Die Antworten verteilen sich folgendermaßen:

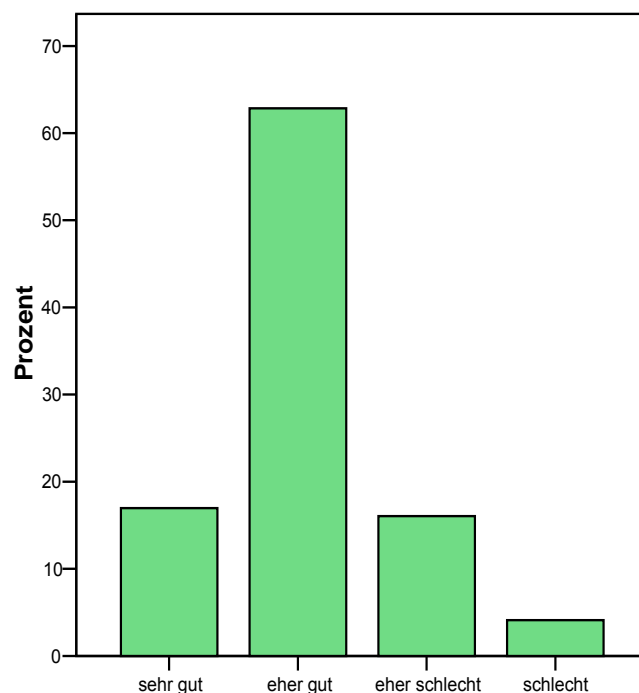


Abbildung 80 Verteilung der Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands Variante 1-Datenpool 1

Der Mittelwert liegt bei 2,07 und die Standardabweichung bei 0,7. Von den 10253 Patienten beantworteten 29,2% die Frage nicht.

Bei der Untersuchung der Spanne der Mittelwertsdifferenzen zwischen den Gruppen werden nur Werte über 0,2 betrachtet, alle Skalen weisen einen entsprechenden Unterschied aus:

Tabelle 110

Subjektiver Gesundheitszustand - Range der Gruppenmittelwerte (Variante 1)

Zufriedenheitsskalen	Range
Gesamtzufriedenheit	0,51**
Ärztliche Versorgung	0,52**
Pflegerische Versorgung	0,44**
Entlassung	0,57**
Infrastruktur	0,35**
Catering	0,25*
Aufnahme	0,31**
Funktionsbereich	0,41**

Anmerkung: Der Range ist die Spanne zwischen dem niedrigsten und dem höchsten Mittelwert einer Untergruppe, die durch den personengebundenen Einflussfaktor gebildet wird.

* Rang > 0,2

** Rang > 0,3

Die Skalen Gesamtzufriedenheit, Ärztliche Versorgung und Entlassung haben sogar Werte über 0,5. Je besser der eigene aktuelle Gesundheitszustand eingeschätzt wird, um so zufriedener sind die Patienten.

Hypothese H1a

Bei allen Skalen kann die Hypothese **H1a** bestätigt werden, da bei diesen der subjektive Gesundheitszustand - Variante 1 einen höchst signifikanten Einfluss ($p < 0,001$) hat:

Tabelle 111

Subjektiver Gesundheitszustand - Signifikanzniveau KTT (Variante 1)

Zufriedenheitsskalen	p von r^2 (KTT)
Gesamtzufriedenheit	0,000*
Ärztliche Versorgung	0,000*
Pflegerische Versorgung	0,000*
Entlassung	0,000*
Infrastruktur	0,000*
Catering	0,000*
Aufnahme	0,000*
Funktionsbereich	0,000*

Anmerkung: Die Werte in der Tabelle stellen den p-Wert der Regression des personengebundenen Einflussfaktors als unabhängige Variable auf die spezifische Skala als abhängige Variable dar. Der Skalenwert wird über die Klassische Testtheorie gebildet.

** $p < 0,001$*

Hypothese H1b

Außer bei den Skalen Infrastruktur und Catering kann die Hypothese **H1b** (s. Kapitel 8.1) bestätigt werden:

Tabelle 112

Subjektiver Gesundheitszustand - Effektgröße KTT (Variante 1)

Zufriedenheitsskalen	Effekt (KTT)
Gesamtzufriedenheit	0,04*
Ärztliche Versorgung	0,04*
Pflegerische Versorgung	0,03*
Entlassung	0,05*
Infrastruktur	0,02
Catering	0,01
Aufnahme	0,02*
Funktionsbereich	0,03*

Anmerkung: Die Werte in der Tabelle stellen die Effektgröße des r^2 der Regression des personengebundenen Einflussfaktors als unabhängige Variable auf die spezifische Skala als abhängige Variable dar. Der Skalenwert wird über die Klassische Testtheorie gebildet.

** Effektgröße $> 0,02$*

Hypothese H2

Beide Verfahren führen zu vergleichbaren Ergebnissen. Die Hypothese **H2** kann nicht bestätigt werden:

Tabelle 113

Subjektiver Gesundheitszustand - Differenz des r^2 unter Zuhilfenahme der PTT minus r^2 KTT (Variante 1)

Zufriedenheitsskalen	r^2 PPT- KTT
Gesamtzufriedenheit	-0,4%
Ärztliche Versorgung	-0,2%
Pflegerische Versorgung	0,2%
Entlassung	0,1%
Infrastruktur	0,0%
Catering	0,2%
Aufnahme	-0,1%
Funktionsbereich	0,5%

Anmerkung: Die Werte in der Tabelle stellen die Differenz des r^2 unter Zuhilfenahme der Probabilistischen Testtheorie (r^2 PTT) minus des r^2 der Regressionsanalyse mit Werten, die durch die Klassische Testtheorie ermittelt sind (r^2 KTT), dar. Bei den Regressionen ist der personengebundene Einflussfaktor die unabhängige Variable und die spezifische Skala die abhängige Variable.

14.1.10.2 Intrapersoneller Einflussfaktor: Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustands Variante 2 (generell)

Bei dieser Variante wird der Gesundheitszustand folgendermaßen operationalisiert:

schlech
 befriedigend
 sehr gut
 erstklassig

L Unabhängig von diesem Krankenhausaufenthalt, wie beurteilen Sie Ihren grundsätzlichen Gesundheitszustand ...

Abbildung 81 Operationalisierung Subjektiver Gesundheitszustand (Variante 2)

Es wird der Datenpool 2 verwendet. Die Verteilung sieht folgendermaßen aus:

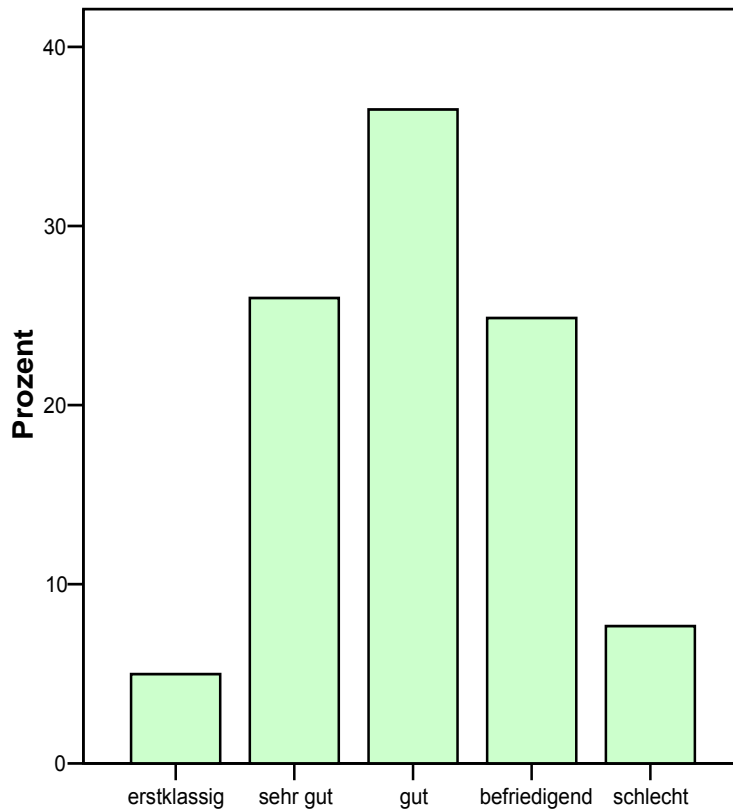


Abbildung 82 Gesundheitszustand Variante 2 Verteilung - Datenpool 2

Der Mittelwert liegt bei 3,04 und die Standardabweichung bei 1,007. Von den 1935 Patienten beantworten 17.1% die Frage nicht.

Bei der Untersuchung der Spanne der Mittelwertsdifferenzen zwischen den Gruppen werden nur Werte über 0,2 betrachtet. Nur die Skalen Ärztliche Versorgung und Funktionsbereich haben kleinere Differenzen:

Tabelle 114

Subjektiver Gesundheitszustand - Range der Gruppenmittelwerte (Variante 2)

Zufriedenheitsskalen	Range
Gesamtzufriedenheit	0,21*
Ärztliche Versorgung	0,11
Pflegerische Versorgung	0,32**
Entlassung	0,25*
Infrastruktur	0,73**
Catering	0,42**
Aufnahme	0,24*
Funktionsbereich	0,16

Anmerkung: Der Range ist die Spanne zwischen dem niedrigsten und dem höchsten Mittelwert einer Untergruppe, die durch den personengebunden Einflussfaktors gebildet wird.

* Rang > 0,2

** Rang > 0,3

Je besser der generelle Gesundheitszustand eingeschätzt wird, um so zufriedener sind die Patienten.

Hypothese H1a

Bei den vier Skalen Gesamtzufriedenheit, pflegerische Versorgung, Infrastruktur und Catering kann die Hypothese **H1a** (s. Kapitel 8.1) bestätigt werden, da bei diesen der subjektive Gesundheitszustand - Variante 2 einen höchst signifikanten Einfluss ($p < 0,001$) hat:

Tabelle 115

Subjektive Gesundheitszustand - Signifikanzniveau KTT (Variante 2)

Zufriedenheitsskalen	p von r^2 (KTT)
Gesamtzufriedenheit	0,001*
Ärztliche Versorgung	0,185
Pflegerische Versorgung	0,000*
Entlassung	0,012
Infrastruktur	0,000*
Catering	0,000*
Aufnahme	0,002
Funktionsbereich	0,126

Anmerkung: Die Werte in der Tabelle stellen den p-Wert der Regression des personengebundenen Einflussfaktors als unabhängige Variable auf die spezifische Skala als abhängige Variable dar. Der Skalenwert wird über die Klassische Testtheorie gebildet.

** $p < 0,001$*

Hypothese H1b

Nur bei den Skalen Pflegerische Versorgung und Infrastruktur kann die Hypothese **H1b** bestätigt werden, da bei diesen der subjektive Gesundheitszustand - Variante 2 zumindest einen kleinen Effekt größer 0,02 hat:

Tabelle 116*Subjektive Gesundheitszustand - Effektgröße KTT (Variante 2)*

Zufriedenheitsskalen	Effekt (KTT)
Gesamtzufriedenheit	0,01
Ärztliche Versorgung	0,00
Pflegerische Versorgung	0,02*
Entlassung	0,00
Infrastruktur	0,04*
Catering	0,01
Aufnahme	0,01
Funktionsbereich	0,00

*Anmerkung: Die Werte in der Tabelle stellen die Effektgröße des r^2 der Regression des personengebundenen Einflussfaktors als unabhängige Variable auf die spezifische Skala als abhängige Variable dar. Der Skalenswert wird über die Klassische Testtheorie gebildet.
* Effektgröße > 0,02*

Hypothese H2

Beide Verfahren führen zu vergleichbaren Ergebnissen. Die Hypothese **H2** kann nicht bestätigt werden:

Tabelle 117*Subjektiver Gesundheitszustand - Differenz des r^2 unter Zuhilfenahme der PTT minus r^2 KTT (Variante 2)*

Zufriedenheitsskalen	r^2 PPT- KTT
Gesamtzufriedenheit	0,0%
Ärztliche Versorgung	0,0%
Pflegerische Versorgung	-0,9%
Entlassung	0,2%
Infrastruktur	-0,1%
Catering	0,1%
Aufnahme	-0,3%
Funktionsbereich	0,8%

Anmerkung: Die Werte in der Tabelle stellen die Differenz des r^2 unter Zuhilfenahme der Probabilistischen Testtheorie (r^2 PTT) minus des r^2 der Regressionsanalyse mit Werten, die durch die Klassische Testtheorie ermittelt sind (r^2 KTT), dar. Bei den Regressionen ist der personengebundene Einflussfaktor die unabhängige Variable und die spezifische Skala die abhängige Variable.

14.1.11 Interaktionen zwischen den verschiedenen Einflussfaktoren

Um mögliche Interaktionen zwischen den unterschiedlichen Einflussfaktoren aufzuspüren, wird der Datenpool 2 verwendet. Es werden folgende Faktoren bei der Überprüfung einbezogen:

- Klassischer Einflussfaktor: Alter
- Klassischer Einflussfaktor: Geschlecht
- Klassischer Einflussfaktor: Bildung (Schule) Variante 1
- Klassischer Einflussfaktor: Bildung (Ausbildung) Variante 2
- Klassischer Einflussfaktor: Einkommen Variante 1 (Beruf)
- Klassischer Einflussfaktor: Einkommen Variante 2 (Finanzsituation)
- Klassischer Einflussfaktor: Sozioökonomische Klasse
- Klassischer Einflussfaktor: Familiäre Situation
- Klassischer Einflussfaktor: Kulturelle Unterschiede und ethnische Zugehörigkeit
- Intrapersoneller Einflussfaktor: Einschätzung des Gesundheitszustands Variante 1 (Selbsteinschätzung)
- Intrapersoneller Einflussfaktor: Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustands Variante 2 (generell)

Um grundsätzlich nach Interaktionen zu suchen, wird zuerst für jeden Einflussfaktor einzeln eine Regression berechnet und anschließend werden alle Einflussfaktoren in ein Gesamtmodell integriert. Ist das r^2 des Gesamtmodells ähnlich groß wie die Summe des r^2 der Einzelmodelle, dann liegt keine bedeutsame Interaktion vor.

Tabelle 118

r² der einzelnen Einflussfaktor und r² mit allen Variablen

Skalen	r ² mit allen Variablen(W1) ^a	Summe r ² einzelner Modelle (W2) ^b	Differenz (W1-W2) ^c
Gesamtzufriedenheit	0,08	0,10	-0,02
Zufriedenheit ärztliche Versorgung	0,07	0,05	0,02
Zufriedenheit pfleg. Versorgung	0,08	0,13	-0,05
Zufriedenheit Entlassung	0,06	0,04	0,02
Zufriedenheit Infrastruktur	0,12	0,21	-0,09
Zufriedenheit Catering	0,05	0,07	-0,02
Zufriedenheit Aufnahme	0,06	0,07	-0,01
Zufriedenheit Funktionsbereich	0,07	0,06	0,01

Anmerkung: Überprüfung auf Interaktionen zwischen den verschiedenen personengebundenen Einflussfaktoren

^a r² der Regression aller personengebundenen Einflussfaktoren als unabhängige Variable auf die spezifische Skala als abhängige Variable

^b Summe der r² der Regressionen des jeweiligen personengebundenen Einflussfaktors als unabhängige Variable auf die spezifische Skala als abhängige Variable

^c Differenz von ^a minus ^b

Die Differenz von r² zwischen den beiden Verfahren ist sehr gering. Nennenswerte Interaktionen sind aus diesem Grund nicht zu erwarten.

14.1.12 Zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse zu den Hypothesen H1a, H1b und H2

Die Hypothese **H1a** besagt, dass die personengebundenen Einflussfaktoren mit einem signifikanten r^2 verbunden sind. Die zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse auf Skalenebene erfolgt in dieser Tabelle:

Tabelle 119

Zusammenfassende Ergebnisse p von r^2

Skalen	Alter	Geschlecht	Krankheitsbild- Fachabteilung	Schulbildung	Ausbildung	Einkommen	Einkommen (Beruf)	Einkommen (Finanziel)	Sozioökonomisch	Familie	Sprachkultur	Schmerz	Gesundheit V1	Globalgesundheit V2	Anzahl $p < 0,001$
Gesamtzufriedenheit	0,000*	0,593	0,000*	0,027	0,006	0,000*	0,950	0,235	0,000*	0,001	0,008	0,000*	0,001*	6	
Zufriedenheit ärztliche Versorgung	0,076	0,917	0,000*	0,070	0,067	0,001	0,813	0,200	0,001*	0,196	0,046	0,000*	0,185	3	
Zufriedenheit pfleg. Versorgung	0,000*	0,020	0,000*	0,004	0,000*	0,000*	0,026	0,989	0,000*	0,001	0,014	0,000*	0,000*	7	
Zufriedenheit Entlassung	0,000*	0,803	0,000*	0,101	0,203	0,570	0,749	0,392	0,012	0,006	0,064	0,000*	0,012	3	
Zufriedenheit Infrastruktur	0,945	0,000*	0,000*	0,001	0,000*	0,000*	0,001	0,057	0,000*	0,000*	0,772	0,000*	0,000*	8	
Zufriedenheit Catering	0,000*	0,515	0,000*	0,024	0,031	0,000*	0,266	0,000*	0,003	0,040	0,014	0,000*	0,000*	6	
Zufriedenheit Aufnahme	0,000*	0,322	0,000*	0,011	0,116	0,001*	0,728	0,001*	0,001	0,000*	0,123	0,000*	0,002	6	
Zufriedenheit Funktionsbereich	0,000*	0,092	0,000*	0,001*	0,035	0,000*	0,316	0,513	0,006	0,025	0,107	0,000*	0,126	5	
Anzahl $p < 0,001$	6	1	8	1	2	6	0	2	4	2	0	8	4		

Anmerkung: Die Werte in der Tabelle stellen den p -Wert der Regression des personengebundenen Einflussfaktors als unabhängige Variable auf die spezifische Skala als abhängige Variable dar.

* $p < 0,001$

Die Hypothese **H1b** geht von der Annahme aus, dass das r^2 der personengebundenen Einflussfaktoren mindestens einen geringen Effekt von 0,02 hat. Bei den Effektgrößen ergibt sich folgendes Bild:

Tabelle 120

Zusammenfassende Ergebnisse Effektgrößen

Skalen	Alter	Geschlecht	Krankheitsbild- Fachabteilung	Schulbildung	Ausbildung	Einkommen (Beruf)	Einkommen (Finanziel)	Sozioökonomisch	Familie	Sprachkultur	Schmerz	Gesundheit V1	Globalgesundheit V2	Anzahl Effekt >0,02
Gesamtzufriedenheit	0,00	0,00	0,01	0,01	0,01	0,04*	0,00	0,00	0,01	0,01	0,00	0,04*	0,01	2
Zufriedenheit ärztliche Versorgung	0,00	0,00	0,01	0,01	0,00	0,01	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,04*	0,00	1
Zufriedenheit pfleg. Versorgung	0,01	0,00	0,02*	0,01	0,02	0,03*	0,00	0,00	0,02*	0,01	0,00	0,03*	0,02*	5
Zufriedenheit Entlassung	0,00	0,00	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,05*	0,00	1
Zufriedenheit Infrastruktur	0,00	0,00	0,02*	0,01	0,02	0,07*	0,01	0,00	0,03*	0,01	0,00	0,02	0,04*	4
Zufriedenheit Catering	0,00	0,00	0,01	0,01	0,01	0,01	0,00	0,01	0,01	0,00	0,00	0,01	0,01	0
Zufriedenheit Aufnahme	0,01	0,00	0,01	0,01	0,00	0,01	0,00	0,01	0,01	0,01	0,00	0,02*	0,01	1
Zufriedenheit Funktionsbereich	0,00	0,00	0,01	0,01	0,01	0,02*	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,03*	0,00	2
Anzahl Effekt >0,02	0	0	2	0	0	4	0	0	2	0	0	6	2	

Anmerkung: Die Werte in der Tabelle stellen die Effektgröße des r^2 der Regression des personengebundenen Einflussfaktors als unabhängige Variable auf die spezifische Skala als abhängige Variable dar.

** Effekt >0,02*

Die Hypothese **H2** postuliert, dass der erklärte Anteil der personengebundenen Einflussfaktoren unter Zuhilfenahme der Probabilistischen Testtheorie größer ist. Die Differenz des r^2 unter Zuhilfenahme der Probabilistischen Testtheorie (r^2 PTT) minus des r^2 der Regressionsanalyse, mit Werten durch die Klassische Testtheorie ermittelt (r^2 KTT), zeigt in kompakter Form auf Skalenebene die nächste Tabelle:

Tabelle 121

Zusammenfassende Ergebnisse r^2 PTT- r^2 KTT

Skalen	Alter	Geschlecht	Krankheitsbild- Fachabteilung	Schulbildung	Ausbildung	Einkommen (Beruf)	Einkommen (Finanzziel)	Sozioökonomisch	Familie	Sprachkultur	Schmerz	Gesundheit V1	Globalgesundheit V2
Gesamtzufriedenheit	-0,1%	0,0%	-0,1%	0,2%	0,1%	0,0%	0,0%	-0,1%	0,3%	0,0%	-0,4%	0,0%	
Zufriedenheit ärztliche Versorgung	0,0%	0,0%	-0,1%	0,2%	0,3%	0,6%	0,0%	0,1%	0,0%	-0,1%	0,0%	-0,2%	0,0%
Zufriedenheit pfleg. Versorgung	-0,4%	0,0%	-0,1%	0,4%	-0,3%	-0,6%	-0,3%	0,0%	-0,7%	0,3%	0,0%	0,2%	-0,9%
Zufriedenheit Entlassung	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	-0,2%	0,2%	0,0%	0,2%	0,5%	-0,2%	0,0%	0,1%	0,2%
Zufriedenheit Infrastruktur	0,0%	0,1%	0,2%	0,0%	0,1%	-0,3%	-0,2%	0,0%	-0,2%	-0,1%	0,0%	0,0%	-0,1%
Zufriedenheit Catering	-0,2%	0,0%	0,2%	-0,1%	0,1%	0,2%	0,2%	-0,2%	0,0%	-0,2%	-0,1%	0,2%	0,1%
Zufriedenheit Aufnahme	0,0%	0,0%	0,0%	-0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	-0,1%	-0,1%	-0,5%	0,0%	-0,1%	-0,3%
Zufriedenheit Funktionsbereich	-0,1%	0,0%	0,1%	0,5%	-0,2%	-1,3%	-0,1%	0,0%	1,2%	0,1%	0,0%	0,5%	0,8%

Anmerkung: Die Werte in der Tabelle stellen die Differenz des r^2 unter Zuhilfenahme der Probabilistischen Testtheorie (r^2 PTT) minus des r^2 der Regressionsanalyse mit Werten, die durch die Klassische Testtheorie ermittelt sind (r^2 KTT), dar. Bei den Regressionen ist der personengebundene Einflussfaktor die unabhängige Variable und die spezifische Skala die abhängige Variable.

14.2 Hypothese H3

H3: Die Erwartungen der Patienten haben einen starken Einfluss auf die Zufriedenheit stationärer Patienten in Deutschland.

Zur Testung dieser Hypothese wird der Datenpool 1 verwendet und als Verfahren die Regressionsanalyse eingesetzt. Der Fragebogen enthält zum ärztlichen und pflegerischen Bereich Zufriedenheits-, Erlebnis und Wichtigkeitsfragen. Die Zufriedenheits- und Erlebnisfragen lassen sich zu Skalen zusammenfassen (vergleiche Kapitel 12.2), wobei die Items dann ein metrischen Skalenmaß haben (vergleiche Kapitel 12.2.3). Zusätzlich erhält jeder Patient über die Probabilistische Testtheorie eine

Zuordnung eines Personenwertes bezüglich seiner Erfahrungen mit Ärzten und Pflegekräften.

Die Verteilung sieht folgendermaßen aus:

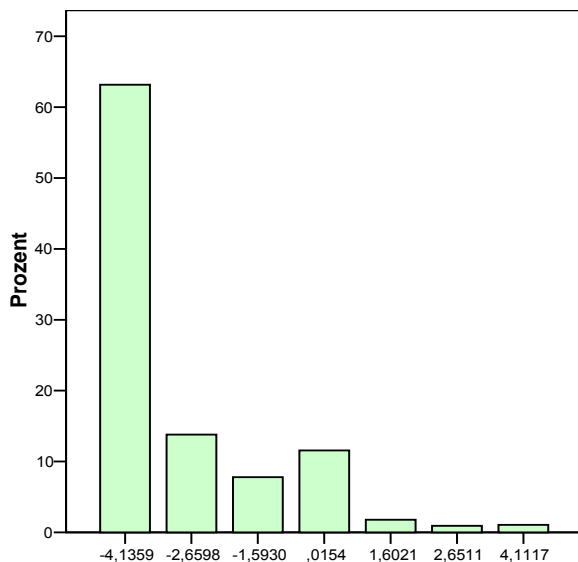


Abbildung 83 Erlebnisse ärztlicher Bereich - Personenkennwerte der PTT

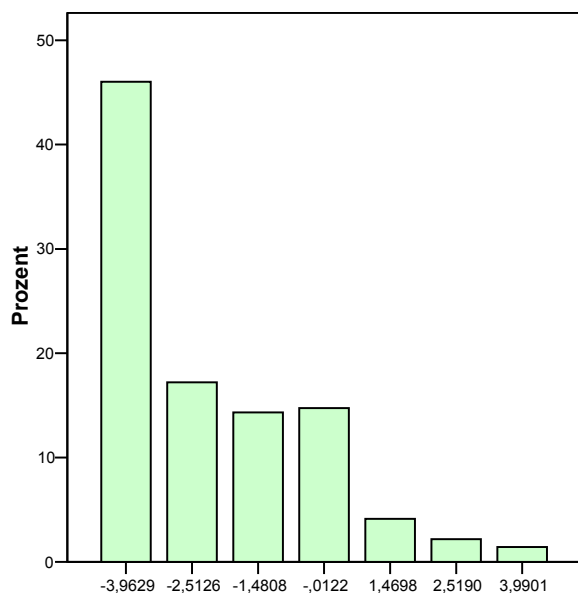


Abbildung 84 Erlebnisse pflegerischer Bereich - Personenkennwerte der PTT

Alle Personen, die in derselben Kategorie sind, haben ein vergleichbares Erlebnissebene bezüglich des ärztlichen bzw. pflegerischen Bereichs. Kleine Werte repräsentieren positive und große Werte negative Erlebniswelten der Patienten.

Patienten haben gleichzeitig unterschiedliche Erwartungen, die über die Wichtigkeit des Themengebiets für die Patienten operationalisiert wird. Da die letzte Kategorie selten angekreuzt wird, erfolgt eine Zusammenfassung der Kategorien 3 und 4.

Die Antworten bei den Wichtigkeitsfragen verteilen sich folgendermaßen:

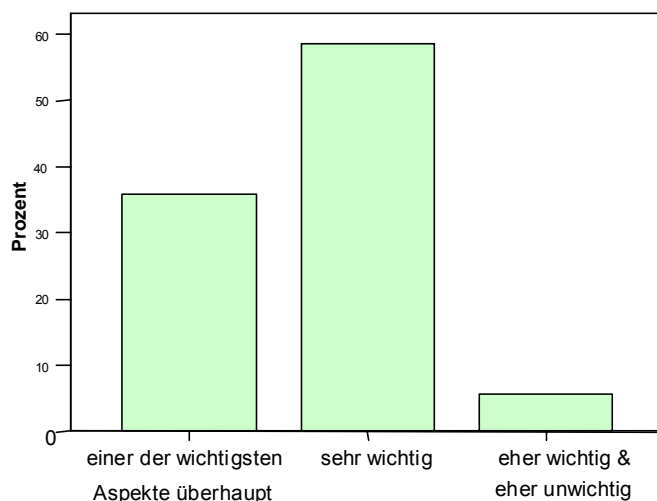


Abbildung 85 Verteilung der Wichtigkeitsfrage „Die pflegerische Betreuung ist mir ...“

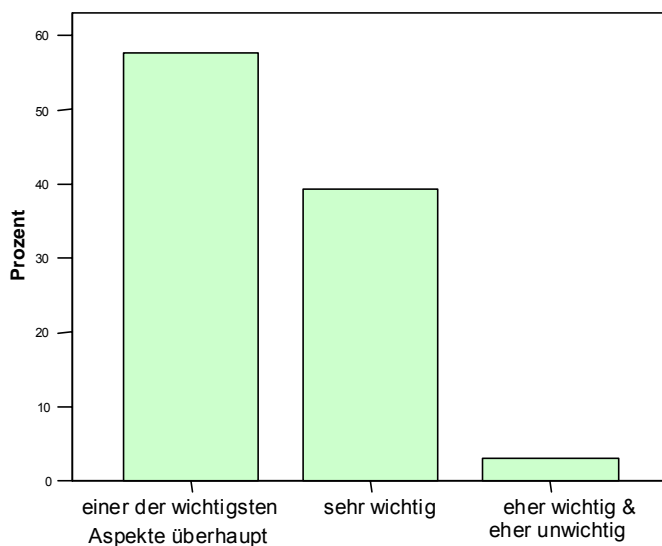


Abbildung 86 Verteilung der Wichtigkeitsfrage „Die ärztliche Betreuung ist mir ...“

Innerhalb einer Patientengruppe mit vergleichbarer Erlebniswelt müsste diejenige Gruppe mit hohen Erwartungen, gemäß der Diskrepanztheorie (vergleiche Kapitel 4.3.1) unzufriedener mit den Leistungen des entsprechenden Bereichs sein, als Patienten mit niedriger Erwartung. Geprüft wird dies indem die Zufriedenheitsfragen

des jeweiligen Bereichs nacheinander als abhängige Variablen in ein Regressionsmodell eingehen und zuerst ein Basismodell mit dem zugehörigen Personenwert der Erlebnisfragen als unabhängige Variable genutzt wird. In ein zweites Modell wird dann noch als zusätzliche unabhängige Variable die Wichtigkeit implementiert. Dieses Verfahren ist eine Adaptation des Differential Item Functioning (siehe Kapitel 9.4). Die Differenz des r^2 der beiden Modelle stellt eine Effektgröße bezüglich der Erwartungen der Patienten dar.

Der Einfluss der Wichtigkeit ist in der nachfolgenden Tabelle abgebildet:

Tabelle 122

Einfluss der Erwartungen auf die Patientenzufriedenheit

Untersuchter Einflussfaktor: Erwartungen			
Fragen	r^2 Basismodell^a	Δr^2 uniform^b	Δr^2 nicht uniform^c
4. Die Berücksichtigung meiner Sorgen und Ängste durch da	0,17	0,04	0,05
5. Die Offenheit der Pflegekräfte für Anregungen und Verbes	0,17	0,03	0,03
6. Die tägliche Unterstützung durch das Pflegepersonal ist ...	0,21	0,04	0,05
7. Die Auskünfte der Pflegekräfte der Station über die Abläufe	0,17	0,02	0,03
8. Die Freundlichkeit des Pflegepersonals ist ...	0,20	0,04	0,05
10. Die Einfühlsamkeit, mit der mir die Diagnosen mitgeteilt w	0,16	0,03	0,03
11. Der Umgang der Ärzte mit meinen Fragen während der V	0,24	0,03	0,04
12. Die Aufklärung durch die Ärzte über Behandlung und Ver	0,22	0,02	0,03
13. Die Freundlichkeit der Ärzte ist ...	0,20	0,03	0,04

Anmerkung: Die Werte der Tabelle sind das r^2 der Regression mit der Frage als unabhängige Variable.

a Im Basismodell ist der Personenwert der Erlebnisfragen (über die Probabilistische Testtheorie ermittelt) die unabhängige Variable.

b Delta r^2 uniform ist die Differenz zwischen dem r^2 des Basismodells und dem r^2 der Regression mit dem Personenwert der Erlebnisfragen (über die Probabilistische Testtheorie ermittelt) und der zugehörigen Wichtigkeitsfrage als unabhängige Variable.

c Delta r^2 nicht uniform ist die Differenz zwischen dem r^2 des Basismodells und dem r^2 der Regression mit dem Personenwert der Erlebnisfragen (über die Probabilistische Testtheorie ermittelt) multipliziert mit der zugehörigen Wichtigkeitsfrage als unabhängige Variable.

Die Erwartungen zeigen für alle Fragen einen kleinen Effekt an, wobei die nicht uniformen Effekte im Schnitt etwas höher sind als die uniformen. Durch das Einbeziehen der Erwartungen der Patienten werden 2 - 5% mehr Varianz erklärt, als wenn die Erwartungen nicht im Modell integriert werden.

15 Diskussion

In den Kapiteln 10, 11 und 12 ist die Struktur des verwendeten Datenpools dargestellt, die Testgütekriterien des Fragebogens, die Skalenniveaus und die Dimensionalität der Zufriedenheitsfragen sind skizziert. Kapitel 14 zeigt auf, dass es signifikante personen-gebundene Einflüsse auf die Patientenzufriedenheit gibt, aber nur das Krankheitsbild (Somatik versus Psychiatrie), das Einkommen (operationalisiert durch den Beruf) und der aktuelle Gesundheitszustand haben einen kleinen Effekt. Die Probabilistischen Verfahren erklären genauso viel der Varianz, wie die Verfahren der Klassischen Testtheorie und die Erwartungen der Patienten haben, trotz Adjustierung um deren Erfahrungen, nur einen geringen Effekt auf die Zufriedenheit.

Diese Befunde erfordern nun eine Diskussion. Einer Beleuchtung der Frage nach der Generalisierbarkeit folgt anschließend die kritische Betrachtung der Testgütekriterien und der Antwortkategorien des Fragebogens, um dann die Struktur des Konstrukts Patientenzufriedenheit zu hinterfragen. Es folgt dann die schrittweise Diskussion der einzelnen Hypothesen.

Generalisierbarkeit der Erkenntnisse

Trotz des extrem umfangreichen Datenpools, der über 10.000 Datensätze beinhaltet und der eine Zufallsauswahl aus über 400.000 Patientenfragebögen darstellt, sollte eine Generalisierung der Ergebnisse auf den gesamten deutschsprachigen Raum mit Vorsicht erfolgen. Um die Aktualität der Daten zu gewährleisten, ist die Auswahl auf das Jahr 2006 eingeschränkt. Weiterhin ist zu beachten, dass die Daten vorwiegend aus Deutschland stammen und somit eine Übertragung auf Österreich oder die deutschsprachige Schweiz strenggenommen nicht zulässig ist (vergleiche Kapitel 5.5.4). Als weitere Einschränkung kommt hinzu, dass nur Krankenhäuser die Befragung durchgeführt haben, die diese selbst aktiv initiiert haben. Hierdurch kann es zu einer Selektion gekommen sein, die schwer zu kontrollieren ist. Andererseits gibt es keinen theoretischen Ansatzpunkt, der den Schluss zulässt, dass der personengebundene Einfluss in Häusern, die von sich aus eine Patientenbefragung starten, ein anderer sein

sollte, als in Einrichtungen, welche die Patientenzufriedenheit nicht ermitteln. Die Verteilung des Alters und des Geschlechts zeigt im verwendeten Datenpool eine hohe Übereinstimmung mit den Daten des Statistischen Bundesamtes (vergleiche Kapitel 10.1).

Eine Generalisierung der Ergebnisse für Deutschland ist somit mit gewissen Einschränkungen möglich, vor einer Übertragung auf Österreich und die Schweiz sollten weitere Untersuchungen durchgeführt werden.

Testgütekriterien des eingesetzten Fragebogens

Wie im Kapitel 12 verdeutlicht, handelt es sich bei dem für den deutschsprachigen Raum entwickelten Instrument um ein objektives, valides und reliables Instrument, das allen in Kapitel 5 geforderten Gütekriterien genügt. Dies ist eine wesentliche Voraussetzung, um die Hypothesen zuverlässig testen zu können. Nur ein solches Instrument ermöglicht es, die Daten jenseits von zufälligen Schwankungen zu interpretieren. Kritisch ist zur Validierung mittels der MTMM anzumerken, dass die hier angewendete Modifikation nicht dem klassischen Ansatz entspricht, da nicht zwei unterschiedliche Instrumente zum Einsatz gekommen sind, sondern dasselbe Instrument in zwei Datenpools eingesetzt wird und zusätzlich noch eine Datenaggregation auf Klinikebene erfolgt. Auch wenn Freise (2003) ein ähnliches Verfahren verwendet, sind die dabei möglichen Methodenartefakte nicht vollständig kontrollierbar. Insofern ist die erfolgreiche Validierung über weitere Verfahren zwingend notwendig, wie z. B. die Methodentriangulation mittels klassischer testtheoretischer Verfahren (vergleiche Kapitel 12.2.4) und Probabilistischer Methoden (vergleiche Kapitel 12.2.3).

Zur Bestimmung der Retest- Reliabilität wird über die Festlegung der Station als Bezugsentität eine Aggregation der Daten vorgenommen, die nicht dem üblichen Ansatz entspricht, bei dem man einen Patienten zu verschiedenen Zeitpunkten befragt. In der Praxis kann man einem Patienten kaum zumuten den Fragebogen mehrfach auszufüllen. Methodisch gilt es auch zu bedenken, dass beim zweifachen Vorlegen Erinnerungseffekte eine nicht zu unterschätzende Rolle spielen. Insofern erscheint die verwendete Methode ein gangbarer Weg, um die Retest- Reliabilität zu bestimmen.

Für die Praxis bedeutet dies, dass somit für den deutschsprachigen Raum ein umfangreich getesteter Patientenzufriedenheitsfragebogen vorliegt, der sehr zufriedenstellende Kennwerte bezüglich aller Testgütekriterien aufweist.

Antwortkategorien

Bei den Zufriedenheitsfragen liegt bei den meisten Skalen ein metrisches Skalenniveau vor. Dies erlaubt nicht nur eine einfache Mittelwertberechnung der Zufriedenheitswerte (vergleiche Kapitel 12.2.3), sondern der Fragebogen ist aufgrund der fehlenden Schiefe ein besonders sensitives Instrument zur Messung von Veränderungen bei der Patientenmeinung (vergleiche Kapitel 5.5.1).

Auch wenn die Antwortkategorie „Das Beste, was ich je erlebt habe“ gute statistische Kennwerte aufweist, wird genau dies von Praktikern oft kritisiert. Hauptkritikpunkte sind dabei, dass nicht alle Patienten einen vergleichbaren Erfahrungsschatz besitzen und dass für den Krankenhausbereich eine Kategorie oberhalb von „sehr gut“ nicht angebracht ist.

Aus methodischer Sicht muss jedoch die Antwortkategorie „Das Beste, was ich je erlebt habe“ zwingend integriert werden, da sie gute statistische Kennwerte hat. Außerdem haben bereits über 500 Krankenhäuser mit dem Fragebogen der Forschungsgruppe Metrik, die diese Antwortkategorie enthält, eine Patientenbefragung durchgeführt, was darauf hindeutet, dass viele Praktiker damit keine Probleme haben.

Einschränkend wird darauf hingewiesen, dass eine Beseitigung der Schiefe nur bei den Zufriedenheitsfragen gelungen ist. Bei den Erlebnis- und Wichtigkeitsfragen ist dieses Phänomen weiterhin vorhanden.

Struktur der Patientenzufriedenheit

Hinweise zur Struktur des Konstruktes Patientenzufriedenheit sind ein weiteres Ergebnis dieser Studie. Wie Kapitel 12.2 aufzeigt, liegen folgende validierte Zufriedenheitsdimensionen bei deutschen Patienten vor:

- Gesamtzufriedenheit
- Zufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung
- Zufriedenheit mit der pflegerischen Versorgung
- Zufriedenheit mit der Entlassung
- Zufriedenheit mit der Infrastruktur
- Zufriedenheit mit dem Catering
- Zufriedenheit mit der Aufnahme
- Zufriedenheit mit dem Funktionsbereich

Diese Aspekte sollen in jedem Patientenzufriedenheitsfragebogen enthalten sein. Die Auflistung ist gleichwohl als Basisset zu verstehen und muss je nach Fachbereich um spezifische Aspekte erweitert werden. Für die Praxis stellen diese Faktoren eine hilfreiche Orientierung bei der Fragebogenkonstruktion dar.

Diskussion der Ergebnisse der Hypothese H1a

Die Ergebnisse der Tabelle 119 zeigen, dass nachfolgende Faktoren einen Einfluss auf die Patientenzufriedenheit haben, da bei diesen signifikante r^2 aufgetreten sind:

- Alter
- Krankheitsbild, über die Fachabteilung operationalisiert
- Krankheitsbild - Somatik versus Psychiatrie (siehe Kapitel 14.1.3.2)
- Einkommen, über den Beruf definiert
- Familiensituation
- Gesundheitszustand

Die anderen potentiellen Einflussfaktoren haben zwar auch teilweise signifikante Ergebnisse (außer das Einkommen, über die Selbstauskunft zur finanziellen Situation operationalisiert), aber diese treten nur vereinzelt auf.

Bei großen Fallzahlen werden auch schon kleine Abweichungen von r^2 schnell signifikant und die in dieser Studie verwendeten Stichproben sind ausgesprochen groß. Hier müssen somit strengere Maßstäbe angelegt werden, ab wann man von einem Einflussfaktor spricht, denn bei genügend großen Stichproben wird jedes noch so kleine r^2 irgendwann signifikant. Deshalb soll das Signifikanzniveau von r^2 nicht das

alleinige Maß bleiben, sondern es muss auf jeden Fall ein Effektstärkemaß integriert werden. Dies erfolgt dann in der Hypothese **H1b** und wird auch dort diskutiert.

In diesem Zusammenhang sind Faktoren, die trotz großer Fallzahlen keinen signifikanten Einfluss haben, besonders interessant, da sich damit eindeutig nachweisen lässt, dass eine Normierung hier überflüssig ist. Dies sind:

- Geschlecht
- Bildung
- Sozioökonomische Klasse
- Kulturelle Unterschiede und ethnische Zugehörigkeit
- Schmerzmanagement

Auffallend ist, dass die Literatur bezüglich der ersten vier Aspekte extrem widersprüchlich ist (vergleiche Kapitel 6). Diese Studie zeigt auf, dass diese Faktoren für Deutschland irrelevant sind.

Anders verhält es sich jedoch beim Schmerzmanagement, hier weist die wenige Literatur zu diesem Thema eindeutig einen Einfluss nach (vergleiche Kapitel 6.2.1). Die vorliegende Studie kann dies aber für Deutschland nicht bestätigen.

Methodisch hinterfragt werden kann, ob das r^2 als Einflussmaß die richtige Wahl bei diesem Studiendesign ist. Man könnte auch die ordinale Regression als Methode verwenden, da diese nicht zwangsweise metrisch abhängige Variablen benötigt. Aber Kapitel 12.2.3 macht deutlich, dass hier überwiegend ein metrisches Skalenniveau vorliegt. Außerdem werden in der Psychologie gängigerweise Items ab fünf Antwortkategorien als metrisch behandelt. Aus diesen Gründen wird auf die klassische Regression zurückgegriffen.

Für die Praxis sind jedoch die sich als signifikant erweisenden Einflussfaktoren weitgehend uninteressant, denn hier werden nur Einflussfaktoren berücksichtigt, die einen Effekt haben (vergleiche Kapitel 9.6.1). Dieser Frage geht die Hypothese **H1b** nach.

Diskussion der Ergebnisse der Hypothese H1b

Die Hypothese **H1b** besagt, dass personengebundene Einflussfaktoren einen geringen Erklärungsanteil bei der Zufriedenheit stationärer Patienten in Deutschland haben.

Die Tabelle 120 zeigt die Effektgröße des Einflusses auf. Die Einflussfaktoren „Krankheitsbild, über die Fachabteilung operationalisiert“ und „Familiensituation“ weisen nur vereinzelt kleine Effektgrößen auf.

Es bleiben nur drei Aspekt übrig, bei denen eine Normierung näher diskutiert werden muss:

- Krankheitsbild - Somatik versus Psychiatrie (siehe Tabelle 77)
- Einkommen, über den Beruf definiert
- Aktueller Gesundheitszustand

Hier lassen sich zumindest kleine Effekte nachweisen, doch in keinem Fall wird eine mittlere Effektstärke erreicht. Zu berücksichtigen ist noch, dass bei der Berufsangabe 56,1% der Patienten keine Angabe gemacht haben, dieses Kriterium muss somit auch kritisch hinterfragt werden, denn wenn mehr als die Hälfte hier keine Angabe macht, dann ist dieses Item nicht zum Differenzieren geeignet. Hintergrund ist wahrscheinlich die mögliche Antwortkategorie „arbeitslos“, die in der aktuellen gesellschaftlichen Diskussion mit einer Stigmatisierung der betroffenen Personen einhergeht.

Bortz and Döring schlagen vor, bei einer Situation, in der unklar ist, wie stark der Effekt ausfällt, eine mittlere Effektgröße anzunehmen (D. J. Bortz & Döring, 1995) S. 568. Aufgrund der widersprüchlichen Aussagen in der Literatur, erwartet der Autor jedoch in dieser Studie nur kleine Effektgrößen. Wäre man den Empfehlungen von Bortz and Döring gefolgt, hätte kein personengebundener Faktor einen Einfluss auf die Patientenzufriedenheit.

Die Frage nach der richtigen Operationalisierung der personengebundenen Einflussfaktoren muss gerade bei den geringen Effektstärken noch einmal kritisch reflektiert werden. Auch wenn diese den üblichen Konventionen entsprechen und sich aus der Literatur ableiten lassen, so sind persönliche Fragen zur finanziellen Situation oder zur Muttersprache immer mit einer gewissen Skepsis zu betrachten. Andererseits lässt sich auch bei absolut eindeutigen Fragen, wie z. B. zu Alter und Geschlecht, kein Einfluss erkennen.

Es bleiben somit nur die Unterscheidung zwischen somatischem und psychiatrischem Krankheitsbild und der aktuelle Gesundheitszustand als normierungsbedürftige personengebundene Einflussfaktoren übrig.

Für den Krankenhausbereich bedeutet dies, dass bei Vergleichen zwischen Psychiatrien und klassischen Krankenhäusern unterschiedliche Normstichproben verwendet werden müssen, andernfalls würden die Psychiatrien systematisch benachteiligt werden, da hier die Ergebnisse immer schlechter ausfallen als im somatischen Bereich.

Kapitel 2.3 verdeutlicht, dass Patientenbefragungen das zentrale Steuerelement des Qualitätsmanagements sind. Hier ist es besonders wichtig, dass die gemessenen Zufriedenheiten frei von methodischen Artefakten sind. In diesem Zusammenhang ist die praktische Relevanz des Einflusses des aktuellen Gesundheitszustandes nicht zu unterschätzen, da der Patient im Verlauf seines Aufenthaltes im Krankenhaus unterschiedliche Stadien des subjektiven Gesundheitsgefühls durchläuft. Während zu Anfang der Patient mit einem niedrigen Gesundheitsgefühl ins Krankenhaus kommt, wird er sich am Ende subjektiv gesünder fühlen, dies bedeutet, dass Befragungen, die am Entlassungstag durchgeführt werden, systematisch höhere Zufriedenheiten ausweisen, als wenn zu anderen Zeitpunkten befragt wird. Dieser Hinweis ist für die praktische Durchführung der Befragung im Rahmen des Qualitätsmanagements von hoher Relevanz. Wenn Projekte zur Steigerung der Patientenzufriedenheit durchgeführt werden, dann muss die Messung zur Evaluation des Effektes immer zum gleichen Zeitpunkt erfolgen.

In Kapitel 2.2 wird deutlich, dass Krankenhäuser unter einem enormen Wettbewerbsdruck stehen, der auch ein Wettbewerb um den Patienten darstellt. Der Vergleich zwischen Krankenhäusern, auch bezüglich der Patientenzufriedenheit, wird zum Wettbewerbsfaktor. Fairer Wettbewerb mit Hilfe der Ergebnisse der Patientenzufriedenheitsanalysen kann aber nur erfolgen, wenn man weiß, ob die personengebundenen Faktoren einen Einfluss haben, da die Krankenhäuser ihre Patienten nicht selektieren können. Insgesamt muss man jedoch feststellen, dass personengebundene Einflussfaktoren jenseits der beiden oben genannten Aspekte für die praktische Arbeit in Deutschland vernachlässigt werden können und beim Vergleich zwischen Krankenhäusern weder eine Adjustierung noch eine Normierung notwendig ist.

Die Ergebnisse haben somit zentrale Bedeutung für das System Krankenhaus und die praktische Arbeit des Qualitätsmanagements. In der betrieblichen Praxis stellt man Ergebnisse von Patientenzufriedenheitsstudien immer wieder methodisch infrage. Die Argumente der Krankenhausmitarbeiter sind dabei vor allem von laienpsychologischen Konzepten geprägt, bei denen man davon ausgeht, dass Krankheitsbilder, Alter und Geschlecht wesentlichen Einfluss auf die Patientenzufriedenheit haben. Nicht die Leistung des Krankenhauses und seiner Mitarbeiter, sondern Faktoren, die außerhalb des Einflusses der Einrichtung liegen, wären dann verantwortlich für das Patientenurteil. Diese Annahme muss man aufgrund der vorliegenden empirischen Ergebnisse klar zurückweisen. Die geäußerte Patientenzufriedenheit lässt sich nicht im substantiellen Maße auf personengebundene Aspekte zurückführen, sondern das Patientenurteil entsteht aufgrund der unterschiedlichen Krankenhausrealitäten. Für die Praxis ist dies ein wichtiges Argument, sich mit den Resultaten von Patientenzufriedenheitsmessungen inhaltlich auseinander zu setzen und methodisch orientierte Kritik am Zustandekommen der Ergebnisse hat hier kein wissenschaftliches Fundament mehr.

Diskussion der Ergebnisse der Hypothese H2

Die Hypothese **H2** geht davon aus, dass durch die Integration der Verfahren der Probabilistischen Testtheorie die personengebundenen Einflussfaktoren auf die Zufriedenheit stationärer Patienten in Deutschland einen höheren Erklärungsanteil haben.

Wie Tabelle 121 zeigt, muss man diese Hypothese verwerfen. Beide Verfahren führen zu vergleichbaren Ergebnissen und Schwankungen scheinen zufallsbedingt zu sein. Dieses Ergebnis überrascht nicht weiter, da das Kapitel 12.2.3 deutlich macht, dass die Items ein metrisches Skalenniveau haben und somit die probabilistischen Verfahren ihre Stärke im Bereich der ordinalen Skalen nicht einbringen können.

Gleichwohl ist die parallele Verwendung zweier methodischer Verfahren, die auf so unterschiedliche Annahmen beruhen und die damit durchgeführte Methodentriangulation (vergleiche Kapitel 9.6.4), die zu absolut vergleichbaren Ergebnisse führt, ein weiteres Indiz dafür, dass die Ergebnisse nicht auf Methodenartefakten beruhen, sondern die Realität angemessen abbilden.

Für die praktische Arbeit lässt sich zusammenfassend feststellen, dass nur der subjektive Gesundheitszustand und das somatische versus das psychiatrische Krankheitsbild einen systematischen Einfluss auf die Patientenzufriedenheit haben. Es wird empfohlen, für die Psychiatrien einen eigenen Vergleichspool zu nutzen, der Befragungszeitpunkt soll innerhalb eines Vergleichspools konstant sein. Damit wären alle relevanten personengebundenen Einflussfaktoren auf die Patientenzufriedenheit angemessen berücksichtigt.

Diskussion der Ergebnisse der Hypothese H3

Gemäß der Hypothese H3 haben die Erwartungen der Patienten einen starken Einfluss auf die Zufriedenheit stationärer Patienten in Deutschland. Die Tabelle 122 zeigt deutlich, dass man die Hypothese verwerfen muss. Trotz Adjustierung der Erwartungen über die Erlebnisse der Patienten hat die Erwartung der Patienten nur einen kleinen Effekt auf die Patientenzufriedenheit.

Die zentrale methodische Fragestellung kreist bei diesem Ergebnis um die Operationalisierung der Erwartungen der Patienten. In der vorliegenden Studie werden die Patienten gefragt, wie wichtig ihnen einzelne Aspekte bei der Krankenhausversorgung sind. Die Wichtigkeit wird dann als Soll- oder Idealerwartung interpretiert (vergleiche Kapitel 3.3.2). Vroom (1964) S. 15 ff unterscheidet in seiner VIE- Theorie zwischen der Valenz (subjektiven Bedeutung/ Wichtigkeit) und der Erwartung (Einschätzung, mit der eine Handlung zu einem Ergebnis führt). Auch die "Erwartung mal Wert" Modelle, von denen Linder-Pelz das bekannteste untersucht, sind an der empirischen Überprüfung gescheitert (vergleiche Kapitel 4.3.2.1). Diese, dem Motivationsbereich zuzuordnende Theorien passen nicht auf die Situation des Patienten, der gerade in seiner Handlungsfähigkeit stark eingeschränkt ist. Aspekte, bezüglich denen er hohe Erwartungen hat, sind in seiner speziellen Lage immer mit einer hohen Wichtigkeit verknüpft, da er sich in einer existenziell bedrohlichen Situation befindet. Es geht um eines der kostbarsten Güter: seine Gesundheit und oft sein Leben. Im Gegensatz zu einem Restaurantbesuch hat er kaum die Möglichkeit zu sagen, dass man für diesen Geldbetrag auch nicht mehr erwarten kann oder man im Bedarfsfall die Lokalität

wechseln kann. Die Wichtigkeit ist in diesem Kontext nicht nur eine gängige, sondern auch eine sinnvolle Operationalisierung der Patientenerwartungen. Ein Problem stellt jedoch der Zeitpunkt der Erfassung der Wichtigkeit dar. Methodisch zu bevorzugen wäre die Erfassung der Wichtigkeit vor dem Betreten des Krankenhauses, da zu diesem Zeitpunkt noch keine Veränderung der Prioritäten erfolgen kann. Gleichwohl ist dieses Verfahren extrem aufwendig, da der Patient mindestens zwei Fragebögen ausfüllen muss und die beiden Fragebögen eindeutig miteinander zu verbinden sind. Ein Vorgehen, das bei den extrem strengen Datenschutzbestimmung bezüglich der Patientendaten, einen erheblichen Aufwand bedeutet.

Die Nutzung unterschiedlicher Fragebögen zu verschiedenen Zeitpunkten könnte ein weiteres methodisches Problem lösen. Es besteht grundsätzlich die Gefahr der potentiellen Konfundierung der unterschiedlichen Zufriedenheitsaspekte von Ist- Situation, Erwartung und Ergebnisbeurteilung durch die zeitgleiche Erfassung in einem Fragebogen. Dies würde bedeuten, dass Patienten nicht trennscharf die einzelnen Komponenten der Zufriedenheit beurteilen, sondern alle Einzelelemente durch einen Gesamteindruck überdeckt werden. Dieser Aspekt lässt sich anhand der Daten nicht eindeutig klären, bei der Allgemeinen- und der Kundenzufriedenheitsforschung ist dies jedoch von untergeordneter Bedeutung (vergleiche Kapitel 3 und 4.1.2).

Aber auch die Adjustierung der erlebten Situation über den Personenfähigkeitswert der Erlebnisfragen kann kritisch hinterfragt werden, denn die nachgewiesene Gültigkeit des Partial- Credit- Modells (vergleiche Kapitel 12.2.3) ist kein Beweis dafür, dass diese Fragen die zentralen Items sind, nach denen der Patient die Situation beurteilt. Gleichwohl fordern alle Theorien den Fixpunkt der subjektiv erlebten Wirklichkeit, sie muss also in irgendeiner Art und Weise in die Studie integriert werden.

Die oben genannten Aspekte verdeutlichen, dass man die Ergebnisse mit einer gewissen Vorsicht interpretieren muss. Gleichwohl ist es auffällig, dass die Erwartungen einen extrem geringen Zuwachs an erklärter Varianz liefern.

Dieser Befund wirft die Frage auf, ob die Zufriedenheitsmodelle, die überwiegend von einem Ist- Soll- Vergleich ausgehen, für den Bereich der Patientenzufriedenheit passend

sind. Die Ergebnisse zeigen, bei aller Vorsicht, die bei der Interpretation geboten ist, in eine andere Richtung.

Mögliche Erklärungen für die nur kleinen Effekte, die sich nachweisen lassen, kann die Dissonanztheorie von Festinger (siehe Kapitel 3.4.5) liefern. Patienten befinden sich im Krankenhaus in einer extremen Situation der Abhängigkeit, die ihre Dissonanztoleranz deutlich erniedrigt. Wenn sie nun unangenehme Ereignisse erleben, die eigentlich zu einer inneren Unzufriedenheit führen, dann liegt es nahe, dass die Mechanismen der Verdrängung oder der Erwartungsreduktion einsetzen, damit die Dissonanz verschwindet. Dies bedeutet auf der statistischen Ebene, dass die Effektstärke der Erwartungen deutlich kleiner wird. Zur Überprüfung dieser Theorie müssen die Erwartungen vor und während des Krankenhausaufenthalts gemessen werden.

Aber auch die Coping- Modelle (Vergleich Kapitel 4.3.6) liefern weitere Erklärungsansätze. So können Patienten, die einen Copingstil haben, der mit dem Negieren von negativen Wahrnehmungen verbunden ist, in der gleichen unangenehmen Situation höhere Zufriedenheit äußern als Patienten, die dies nicht so erleben.

Auch die Attributionstheorie (vergleiche Kapitel 3.4.7) bietet die Möglichkeit, die Ergebnisse in einen sinnvollen Kontext zu stellen. Denn Patienten, die problematische Erfahrungen extern, instabil und kontrollierbar attribuieren, äußern eher ihre Unzufriedenheit, als Patienten, die interne, stabile und unkontrollierbare Attribuierungen machen. So drückt ein Patient mit dem ersten Attributionsstil in einem Fragebogen eher seine Unzufriedenheit über einen unfreundlichen Arzt aus. Ein Patient mit dem zweiten Attributionsstil sucht dagegen bei sich selbst den Grund für die Unfreundlichkeit des Arztes (er bringt ja immer alle Menschen zur Weisglut) und hat eher das Gefühl, doch nichts ändern zu können, dementsprechend drückt er seine Unzufriedenheit eher nicht aus. Fraglich ist jedoch, ob es in der Krankenhaussituation wirklich möglich ist, die Situation als kontrollierbar zu erleben, da gerade hier eine besondere Situation des Ausgeliefertseins vorhanden ist (vergleiche Kapitel 2.1).

Alle diese alternativen Erklärungsansätze haben als gemeinsamen Kern, dass sie sich mit dem Verarbeitungsprozess bei einer vorhandenen Ist- Soll- Differenz beschäftigen. Die Bewertung der Abweichung erfolgt gemäß spezifischer kognitiver Prozesse, die den

beobachteten minimalen Einfluss der Erwartungen bei adjustierter Erlebnissituation erklären können.

Aber auch das Modell nach Kano (vergleiche Kapitel 3.4.8), das das hierarchische Motivationsmodell von Maslow (vergleiche Kapitel 3.4.1) und das Zweifaktorenmodell nach Herzberg (vergleiche Kapitel 3.4.3) integriert, liefert komplett neue Ansatzpunkte. Offen bleiben aber dabei folgende Fragestellungen:

- Was sind im Krankenhaus Basisleistungen, deren Fehlen nur zu Unzufriedenheit führt?
- Was sind Leistungsanforderungen, bei denen ein echter Ist- Soll- Vergleich erfolgt?
- Was sind Begeisterungsfaktoren, die nur zu Zufriedenheit führen können?

Kapitel 2.1 stellt dar, dass der Patient aus der passiven Abhängigkeit in die Rolle des Kunden gedrängt wird. Die Befunde weisen jedoch in eine andere Richtung. Kapitel 4.1.2 verdeutlicht, dass die Kundenzufriedenheitsforschung das Diskrepanzmodell (Confirmation-/ Disconfirmation- Paradigmen) bestätigen kann. Dies ist bei der Patientenzufriedenheit nicht möglich und die potentiellen Erklärungsmodelle weisen in Richtung eines sich unterordnenden Patienten und nicht auf einen selbstbewussten Kunden, der seine Unzufriedenheit frei äußert. Der in Kapitel 2.1 beschriebene Rollenwandel ist wohl noch mehr Wunsch als Realität.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sich die in der Patientenzufriedenheitsforschung weit verbreiteten diskrepanztheoretischen Modelle empirisch nicht bestätigen lassen. Welches Modell das Konstrukt Patientenzufriedenheit besser beschreibt, kann anhand der Daten nicht überprüft werden, hier ist noch einige Forschung notwendig.

16 Ausblick

Die Ergebnisse dieser Studie machen deutlich, dass im Bereich der Patientenzufriedenheitsforschung noch erheblicher Klärungsbedarf in vielen Bereichen besteht. Neben der noch offenen Frage, ob es institutionsgebundene, jahreszeitliche oder politisch induzierte Einflussfaktoren auf die Patientenzufriedenheit gibt, wäre vor allem die Beschäftigung mit der Theorie der Patientenzufriedenheit ein wichtiger Schritt im Bereich der Patientenzufriedenheitsforschung. Solange es unklar ist, wie Patientenzufriedenheit entsteht, bleibt es auch schwierig diesen Bereich systematisch zu erforschen. Hier sollen weitere Studien ansetzen, denn ohne eine empirisch fundierte Theorie droht das Themengebiet der Patientenzufriedenheit in die Beliebigkeit abzurutschen, in der es zahlreiche sich widersprechende Ergebnisse gibt. Das notwendige Interesse an der Meinung der Patienten kann dann nachlassen, was für die Patienten selbst wiederum negative Konsequenzen bedeutet. Denn individualisiert und ohne gemeinsame Stimme würde ihre Chancen drastisch sinken sich gegenüber der mächtigen Institution Krankenhaus Gehör zu verschaffen. Dies birgt die Gefahr in sich, dass notwendige Verbesserungen und Steigerungen der Qualität der Patientenversorgung dem ökonomischen Druck geopfert würden. Ein Szenario, das sich wohl niemand wünschen kann.

Für Deutschland wäre es wünschenswert, dass unterschiedliche Fragebögen, die über verschiedene Verbände und Interessensgruppen in Umlauf gebracht werden, eine stärkere Vereinheitlichung erfahren. Itemdatenbanken (vergleiche Kapitel 5.5.5), die sich in anderen Ländern durchsetzen und eine Vergleichbarkeit von Ergebnissen über unterschiedliche Studien hinweg ermöglichen, sind eine Lösung für das sich immer weiter fragmentierende Forschungsfeld. Doch der Weg dahin ist in einem föderalistisch angelegten Staat, wie der Bundesrepublik Deutschland, noch weit.

Ein weiterer aktueller Trend ist die Erweiterung der klassischen Patientenzufriedenheitsbefragung um den Aspekt der Patientensicherheit. Dieser innovative Ansatz macht den Patienten zum aktiven Partner, der kompetent seine eigene Situation beurteilt (Gausmann, et al., 2008). Für die Patienten hat die eigene Sicherheit einen extrem hohen Stellenwert und verschiedene Aspekte des Behandlungsprozesses kann nur er

beurteilen. So ist z. B. die Frage nach dem Wissen über Nebenwirkungen bei Medikamenten nur durch die Befragung der betroffenen Person zu beantworten. Ebenso kann ein Patient sehr wohl beurteilen, ob sich das Personal z. B. die Hände desinfiziert bevor es ihn berührt.

In diesem Bereich ist noch viel Forschungsarbeit zu leisten, die dann wiederum direkte Auswirkungen auf die Patienten hat.

17 Literatur

- Abdellah, F.-G., & Levine, E. (1957). Developing, a measure of patient and personnel satisfaction with nursing care. [Journal; Peer-Reviewed-Journal; Journal-Article]. *Nursing-Research*, 100-108.
- Abramowitz, S., Cote, A. A., & Berry, E. (1987). Analyzing patient satisfaction: A multianalytic approach. *Quality Review Bulletin*, 13(4), 9.
- Aharony, L., & Strasser, S. (1993). Patient satisfaction: What we know about and what we still need to explore. [Journal; Peer-Reviewed-Journal; Journal-Article]. *Medical-Care-Review*, 50(1), 49-79.
- Alder, J., Christen, R., Zemp, E., & Bitzer, J. (2007). Communication skills training in obstetrics and gynaecology: whom should we train? A randomized controlled trial. *Arch Gynecol Obstet*, 276(6), 605-612.
- Alpert, J. J. (1964). Broken appointments. *Pediatrics*.
- Alpert, J. J., Korska, J., Haggerty, R. J., Robertson, L. S., & Heagarty, M. C. (1970). Attitudes and satisfaction of low-income families receiving comprehensive pediatric care *American Journal of Public Health*, 60, 499-506.
- Andersen, R. (1968). *A behavioral model of families' use of health services* (Vol. 25): Chicago Ill. : Univ. of Chicago.
- Andersen, R., Kravits, J., & Anderson, O. W. (1971). The Public's View of the Crisis in Medical Care: An Impetus for Changing Delivery Systems? *Economic and Business Bulletin*.
- Anderson, L.-A., & Zimmerman, M.-A. (1993). Patient and physician perceptions of their relationship and patient satisfaction: A study of chronic disease management. [Journal; Peer-Reviewed-Journal; Journal-Article; Empirical-Study]. *Patient-Education-and-Counseling*, 20(1), 27-36.
- Anderson, R. E. (1973). *Consumer Dissatisfaction: The Effect of Disconfirmed Expectancy on Perceived Product Performance* (1 ed.).
- Andrich, D. (1978a). Scaling attitude items constructed and scored in the Likert tradition. *Educational and Psychological Measurement*, 38, 665-680.
- Andrich, D. (1978b). Application of a psychometric rating model to ordered categories which are scored with successive integers. *Applied Psychological Measurement*, 2, 581-594.
- Apostle, D., & Oder, F. (1967). Factors That Influence Publics View of Medical Care. *Journal of the American Medical Association*(7), 592-& 1967.

- Arah, O. A., ten Asbroek, A. H., Delnoij, D. M., de Koning, J. S., Stam, P. J., Poll, A. H., et al. (2006). Psychometric properties of the Dutch version of the Hospital-level Consumer Assessment of Health Plans Survey instrument. *Health Serv Res*, 41(1), 284-301.
- Arnetz, J. E., & Arnetz, B. B. (1996). The Development and Application of a Patient Satisfaction Measurement System for Hospital-wide Quality Improvement. *International Journal for Quality in Health Care*, 8(Nr. 6), 555-566.
- Aronson, E., & Carlsmith, J. M. (1962). *Performance expectancy as a determinant of actual performance* (3 ed.): US: American Psychological Association.
- Association, A. H. (2009). Fast Facts on US Hospitals Retrieved 27.7.2009, from <http://www.aha.org/aha/resource-center/Statistics-and-Studies/fast-facts.html>
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W., & Weiber, R. (1996). *Multivariate Analysemethoden - Eine anwendungsorientierte Einführung* (Vol. 8). Berlin: Springer.
- Badia, X., Arribas, F., Ormaetxe, J. M., Peinado, R., & de los Ter, M. S. (2007). Development of a questionnaire to measure health-related quality of life (HRQoL) in patients with atrial fibrillation (AF-QoL). *Health and Quality of Life Outcomes*, 5(37).
- Baker, R. (1990). Development of a questionnaire to assess patients satisfaction with consultations in general practise. *British Journal of General Practice*, 40,487-90.
- Bashshur, R. L., Metzner, C. A., & Worden, C. (1967). Consumer Satisfaction with Group Practice - Cha Case. *American Journal of Public Health and the Nations Health*(11), 1991-& 1967.
- Bauer, R. (1960). Consumer Behavior as Risk-Taking, . In R. Hancock (Ed.), *Proceedings of the 43rd Conference of the American Marketing Association*, (Vol. 389-398.). Chicago, .
- Baumann, W., Nonnenmacher, A., Weiß, B., & Schmitz, S. (2008). Patient Satisfaction With Care in Office-Based Oncology Practices. *Deutsches Ärzteblatt International*.
- Bechtel-BALK, P. s. f. d. V. B. L. P., & Eisenreich, T. (Eds.). (2003). *Handbuch Pflegemanagement - Erfolgreich führen und wirtschaften in der Pflege*. Neuwied, Köln, München: Wolters Kluwer Deutschland GmbH.
- Becker, M. H., Drachman, R. H., & Kirscht, J. P. (1972). Predicting mothers compliance with pediatric medical regimens. *J. Pediat.*
- Becker, M. H., & Maiman, L. A. (1980). Strategies for enhancing patient compliance. *Journal of Community Health*, 6, 113-135.
- Benjamins, M. R. (2006). Does Religion Influence Patient Satisfaction? . *American Journal of Health Behavior*, 30(1), 85-91

- Bermejo, I., Berger, M., Kriston, L., & Harter, M. (2009). Is Patient's Satisfaction with Inpatient Depression Treatment Related to Their German Language Proficiency? *Psychiatr Prax.*
- Bernhard, R., Paradies, C., Stein, M., & Zinn, W. (2002). Risiko-Erhebungsskalen. *Heilberufe spezial Praxis + Bildung.*
- Bice, T. W., & White, K. L. (1969). Factors related to the use of health services: An international comparative study. *Medical Care, 7, 124-133.*
- Bikker, A. P., & Thompson, A. G. H. (2006). Predicting and comparing patient satisfaction in four different modes of health care across a nation *Social Science & Medicine, 63(6).*
- Blanchard, C. G., Labrecque, M. S., Ruckdeschel, J. C., & Blanchard, E. B. (2006). Physician behaviors, patient perceptions, and patient characteristics as predictors of satisfaction of hospitalized adult cancer patients. *Cancer.*
- Blum, K. (1996). *Patientenzufriedenheit mit dem ambulanten Operieren im Krankenhaus. Theoretische Grundlagen, empirische Ergebnisse, praktische Verwertung.* Bielefeld: Universität Bielefeld.
- Blum, K. (2001). Ambulantes Operieren. In W. Satzinger, A. Trojan & P. Kellermann-Mühlhoff (Eds.), *Patientenbefragungen in Krankenhäusern. Konzepte, Methoden, Erfahrungen.* (pp. 209-220). Sankt Augustin, : Asgard-Verlag: .
- Blum, K., Buck, R., & Satzinger, W. (2001). Patientenbefragungen und Qualitätsmanagement Eine Einführung in die Thematik. In W. Satzinger, A. Trojan & P. Kellermann-Mühlhoff (Eds.), *Patientenbefragungen in Krankenhäusern. Konzepte, Methoden, Erfahrungen.* (pp. 25-40). Sankt Augustin: Asgard-Verlag.
- Blum, M. L., & Russ, J. J. (1947). *A study of employee attitudes toward various incentives.*
- Bollen, K. (1989). *Structural Equations with Latent Variables.* New York Wiley.
- Bond, M. H. (1993). *Social Psychology across cultures.*
- Bond, S., & Thomas, L. H. (1991). Issues in measuring outcomes of nursing. *Journal of Advanced Nursing.*
- Bortz, D. J., & Döring, N. (1995). *Forschungsmethoden und Evaluation* (Vol. 2. Auflage): Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York.
- Bortz, J. (2004). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (Vol. 6. Auflage). Heidelberg: Springer.
- Braun, U., & Schmidt, R. (1997). Kunde statt Klient. *Social management / Aktuell.*
- Brink, T. L., Yesavage, J., Lum, O., Heersema, A., M., & Rose, T. L. (1982). *Screening tests for geriatric depression. Clinical Gerontology* (1 ed.): US: Haworth Press.

- Brooks, C. H. P. D. (1973). Associations Among Distance, Patient Satisfaction, and Utilization of Two Types of Inner-City Clinics. *Medical Care*.
- Brudermanns, R. (1995). Fühlt sich der Patient im Krankenhaus als Kunde? *ku*, 6, 522-528.
- Bruggemann, A. (1974). Zur Untersuchung von verschiedenen Formen der Arbeitszufriedenheit. *Arbeit, Leistung* 28, S. 281-284.
- Bruggemann, A. (1976). *Zur empirischen Untersuchung verschiedener Formen von Arbeitszufriedenheit* (2 ed.).
- Bruggemann, A., Grosskurth, P., & Ulich, E. (1975). *Arbeitszufriedenheit*. BERN - STUTTG.- WIEN 1975.
- Bühner, M. (2006). Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion (Vol. 2., aktualisierte Auflage): Pearson Studium.
- Buzan, T., & Buzan, B. (2005). *Das Mind-Map-Buch . Die beste Methode zur Steigerung ihres geistigen Potenzials*. Heidelberg: Moderne Verlagsges. Mvg.
- Campbell, D. T., & Fiske, D. W. (1959). Convergent and discriminant Validation by the Multitrait-Multimethod Matrix. *Psychological Bulletin*, 56/2, 81-105.
- Cannell, C., Thornberry, O. T., & Fuchsberg, R. (1982). *Research on interviewing techniques: sociological methodology*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Carey, R. G. (1999). How to choose a patient survey system. *Jt Comm J Qual Improv*, 25/1: 20-25.
- Carey, R. G., & Seibert, J. H. (1993). *A patient survey system to measure quality improvement: Questionnaire reliability and validity* (9 ed.): US: Lippincott Williams & Wilkins.
- Carlson, M.-J., Blustein, J., Fiorentino, N., & Prestianni, F. (2000). Socioeconomic Status and Dissatisfaction among HMO Enrollees. *Medical-Care*, 38(5), 508-516.
- Carmel, S. (1985). Satisfaction with Hospitalization: A Comparative Analysis of Three Types of Services. *Social Science and Medicine*.
- Carr-Hill, R., Dixon, P., & Thompson, A. (1989). Too simple for words. *Hlth serv*.
- Carr-Hill, R. A. (1992). The measurement of patient satisfaction. *J Public Health Med*, 14/3: 236-249.
- Cartwright, A. (1964). Human relations and hospital care.
- Cartwright, A. (1967). Patients and their doctors : A study of general practice.
- Cartwright, A., & Anderson, R. (1981). *General practice revisited : a second study of patients and their doctors*: New York : Methuen.

- Christen, R. N., Alder, J., & Bitzer, J. (2008). Gender differences in physicians' communicative skills and their influence on patient satisfaction in gynaecological outpatient consultations *Social Science & Medicine*, 66(7), 1474-1483
- Churchill, G. A., & Surprenant, C. (1982). *An investigation into the determinants of customer satisfaction* (4 ed.): US: American Marketing Association.
- Clade, H. (1989). Langzeitstudie der Meinungsforscher: "Die Krankenhäuser sind besser als ihr Ruf". *Krankenhaus Umschau*, 6, 488-496.
- Clearly, P. D., Keroy, L., Karpanos, G., & McMullen, W. (1983). Patient Assessment of Hospital Care. *Quality Review Bulletin*.
- Cleary, P. D., Edgman-Levitan, S., McMullen, W., & Delbanco, T. L. (1992). The relationship between reported problems and patient summary evaluations of Hospital Care. *Quality Review Bulletin February 1992*, 53-59.
- Cleary, P. D., Edgman-Levitan, S., Roberts, M., Moloney, T. W., McMullen, W., Walker, J., et al. (1991). Patients evaluate their hospital care: a national Survey. *Health Affairs*, 10, 254-267.
- Cleary, P. D., & McNeil, B. J. (1988). Patient Satisfaction as an Indicator of Quality Care. *Inquiry*, 25, 25-36.
- Clow, K. E., Kurtz, D. L., & Ozment, J. (1998). A Longitudinal Study of the Stability of Consumer Expectations of Services, . *Journal of Business Research*, , 42, 1, , 63-73.
- CMS, C. f. M. a. M. S. (2009). *CAHPS® HOSPITAL SURVEY (HCAHPS) QUALITY ASSURANCE GUIDELINES* (Vol. Version 4.0): Centers for Medicare & Medicaid Services.
- CMS, C. f. M. a. M. S. (2009a). HCAHPS Fact Sheet Retrieved 27.7.2009, from <http://www.hcahponline.org/files/HCAHPS%20Fact%20Sheet,%20revised1,%203-31-09.pdf>
- CMS, C. f. M. a. M. S. (2009b). Mode and Patient-mix Adjustment of the CAHPS® Hospital Survey (HCAHPS) Retrieved 27.7.09, from <http://www.hcahponline.org/files/Final%20Draft%20Description%20of%20HCAHPS%20Mode%20and%20PMA%20with%20bottom%20box%20modedoc%20April%2030,%202008.pdf>
- CMS, C. f. M. a. M. S. (2009d). Patient-mix Coefficients for June 2009 Publicly Reported HCAHPS Results, from <http://www.hcahponline.org/files/Final%20June%202009%20%20PMA%20Web%20Document%204-7-2009.pdf>
- Conforti, J. M. (1969). Attitudes toward Health and Health Care Facilities among Low Income Youth. *Social Science Quarterly*.
- Cook, K. F., Teal, C. R., Bjorner, J. B., Cella, D., Chang, C.-H., Crane, P. K., et al. (2007). *IRT health outcomes data analysis project: an overview and summary* (1 ed.).

- Cornely, P. B., & Bigman, S. K. (1963). Some considerations in changing health attitudes. *Children, 10*, 23-28.
- Cousins, N. (1985). How Patients Appraise Physicians. *New England Journal of Medicine, 313*, 1422-1424.
- Covinsky, K. E., Rosenthal, G. E., Chren, M. M., Justice, A. C., Fortinsky, R. H., & Palmer, R. M. (1998). The relationship between health status changes and patient satisfaction in older hospitalized medical patients. *Journal of General and Internal Medicine, 13*, 7.
- Cox, K. (1993). Exploring consumers views of care provided by the Macmillan nurse using the critical incident technique.
- Daumenlang, K., & Zinn, W. (2000). Mitarbeiterzufriedenheit. In A. Hauser, R. Neubarth & W. Obermair (Eds.), *Sozial-Management: Praxis-Handbuch soziale Dienstleistungen* (2. erweiterte und überarbeitete Auflage ed., pp. 409-426). Neuwied: Luchterhand.
- Dawes, R. M., Singer, D., & Lemons, F. (1972). *An experimental analysis of the contrast effect and its implications for intergroup communication and the indirect assessment of attitude* (3 ed.): US: American Psychological Association.
- Day, R. L. (1982). *The next Step: Commonly Accepted Constructs for Satisfaction Research. Paper presented at the Seventh Annual Conference on Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior*, . Knoxville, Tennessee.
- de Vries, H., Elliott, M. N., Hepner, K. A., Keller, S. D., & Hays, R. D. (2005). Equivalence of mail and telephone responses to the CAHPS Hospital Survey. *Health Serv Res, 40*(6 Pt 2), 2120-2139.
- Deisher, R. W., Engel, W. L., Spielholz, R., & Standfas.Sj (1965). Mothers Opinions of Their Pediatric Care. *Pediatrics*(1P1), 82-& 1965.
- Deitrick, L. M., Capuano, T. A., Paxton, S. S., Stern, G., & Dunleavy, W. L. (2006). Becoming a Leader in Patient Satisfaction: Changing the Culture of Care in an Academic Community Hospital. *Health Marketing Quarterly*.
- Delgado, A., Lopez-Fernandez, L.-A., & de-Dios-Luna, J. (1993). Influence of the doctor's gender in the satisfaction of the users. [Journal; Peer-Reviewed-Journal; Journal-Article; Empirical-Study]. *Medical-Care, 31*(9), 795-800.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (2009). Foliensatz_Krankenhausstatistik_20090108 (pdf, 108 KB) Retrieved 10.4.2009, from http://www.dkgev.de/media/file/5431.Foliensatz_Krankenhausstatistik_20090108.pdf
- Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (2009a). Grunddaten_2007 (pdf, 55 KB) Retrieved 10.4.2009, from http://www.dkgev.de/media/file/5348.Grunddaten_2007.pdf

- Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (2009b). Vergleich-Grunddaten_2006-2007 (pdf, 294 KB) Retrieved 10.4.2009, from http://www.dkgev.de/media/file/5343.Vergleich-Grunddaten_2006-2007.pdf
- DeVoe, J. E., Wallace, L. S., & Fryer, G. E., Jr. (2009). Measuring patients' perceptions of communication with healthcare providers: do differences in demographic and socioeconomic characteristics matter? *Health Expect*, 12(1), 70-80.
- Di Palo, M. T. (1997). Rating Satisfaction Research: Is it poor, fair, good, very good, or excellent? *Athritis Care And Research*, 10(6), 422-430.
- Dichtl, E., & Issing, O. (1987). *Vablens großes Wirtschaftslexikon : in vier Bänden*. München: Beck.
- Dillman, D. A. (1991). *The design and administration of mail surveys*: US: Annual Reviews.
- Dillman, D. A. (2000). *Mail and Internet Surveys: The Tailored Design Method - Dillman, Joye Jolly ; to*: New York, Chichester, Weinheim; John Wiley and Sons 2. Ed.; 2000; xvi, 464 pp.
- Dillman, D. A., Sangster, R. L., Tarnai, J., & Rockwood, T., H. (1996). Understanding differences in people's answers to telephone and mail surveys. In M. T. Braverman & J. K. Slater (Eds.), *Advances In survey research*. (pp. 45-61). San Francisco: Jossey-Bass.
- DiMatteo, M. R., & Hays, R. D. (1980). The Significance of Patients Perceptions of Physician Conduct. *Journal of Community Health*, 6(1), 17.
- DiMatteo, M. R., Prince, L. M., & Taranta, A. (1979). Patients' Perceptions of Physicians' Behavior: Determinants of Patient Commitment to the Therapeutic Relationship. *Journal of Community Health*.
- Dirks-Wetschky, N., & Trojan, A. (2001). Führen Patientenbefragungen zu besserer Versorgungsqualität? Ergebnisse einer Krankenhausbefragung über Maßnahmen der Qualitätsverbesserung im Anschluss an Patientenbefragungen. In W. Satzinger, A. Trojan, P. Kellermann-Mühlhoff, R. Buck, G. Dutin & H. Raspe (Eds.), *Patientenbefragungen in Krankenhäusern. Konzepte, Methoden, Erfahrungen* (pp. 347-360). Sankt Augustin: Asgard Verlag.
- Doering, E. R. (1983). Factors Influencing Inpatient Satisfaction With Care. *Quality Review Bulletin*.
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *Milband Memorial Fund Quarterly*, 44(3), 166-206.
- Donabedian, A. (1988). The Quality of Care. How Can It Be Assessed? *JAMA:Journal-of-the-American-Medical-Association*, 260(1988), 1743-1748.
- Donald, M. N. (1960). *Implications of nonresponse for the interpretation of mail questionnaire data* (1 ed.): United Kingdom: Oxford Univ Press.

- Dorsch, F. (1994). *Psychologisches Wörterbuch* (Vol. 12. Überarb. und erw. Aufl.): Verlag Hans Huber.
- Dull, V. T., Lansky, D., & Davis, N. (1994). Evaluating a patient satisfaction survey for maximum benefit. *Jt Comm J Qual Improv*, 20/8: 444-452.
- Eaker, S., Bergstrom, R., Bergstrom, A., Adami, H. O., & Nyren, O. (1998). *Response rate to mailed epidemiologic questionnaires: A population-based randomized trial of variations in design and mailing routines* (1 ed.).
- Edwards, A. L. (1957). *Techniques of attitude scale construction*: New York: Appleton-Century-Crofts.
- Edwards, A. L., & Kenney, K. C. (1946). *A comparison of the Thurstone and Likert techniques of attitude scale construction* (1 ed.): US: American Psychological Association.
- Eichner, K., & Habermehl, W. (1982). Ergebnis einer empirischen Untersuchung zur Repräsentativität postalischer Befragungen. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, , Vol. 34, No. 1, 117-126.
- Eisenthal, S., & Lazare, A. (1976). Evaluation of the initial interview in a walk-in clinic: The clinician's perspective on a negotiated approach. [Journal; Peer-Reviewed-Journal; Journal-Article]. *Journal-of-Nervous-and-Mental-Disease*, 164(1), 30-35.
- Enterline Pe, Salter, V., McDonald, A. D., & McDonald, J. C. (1973). Distribution of Medical-Services before and after Free Medical-Care - Quebec Experience. *New England Journal of Medicine*(22), 1174-1178 1973.
- Erzberger, C., Derivaux, J., & Ruhrstrat, E. (1989). Der zufriedene Patient? *Medizin Mensch Gesellschaft*, 2(14), 140-145.
- Evans, C. E., & Laseau, L. N. (1949). *My Job Contest--an experiment in new employee relations methods. Part I. A unique management tool for two way communication*: United Kingdom: Blackwell Publishing.
- Fabrega, H., & Roberts, R. E. (1972). Social-psychological correlates of physician use by economically disadvantaged Negro urban residents. *Medical Care*, 10, 215-223.
- Feinstein, A. (1977). Clinical biostatistica, XLI. Hard science, soft data and the challenges of choosing clinical variables in research. *Clin. Pharmacol. Ther.*, 22:485-98.
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*: Oxford, England: Row, Peterson.
- Festinger, L., Irle, M., & Müntmann, V. (1978). *Theorie der kognitiven Dissonanz : die Bibliogr. über die theoretische und empirische Forschung zur kognitiven Dissonanz-Theorie von 1956-1976 wurde von Volker Müntmann und Eva Irle zusammengesetzt - A theory of cognitive dissonance*.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research*. Reading: Addison-Wesley.

- Fitzpatrick, R.-M., & Hopkins, A.-P. (1983). Problems in the conceptual framework of patient satisfaction research: An empirical exploration. [Journal; Peer-Reviewed-Journal; Journal-Article; Empirical-Study]. *Sociology-of-Health-and-Illness*, 5(3), 297-311.
- Fitzpatrick, R. (1984). *The experience of illness* (Vol. 272): London : Tavistock.
- Fitzpatrick, R. (1991). Surveys of patient satisfaction: I - Important general considerations.
- Fitzpatrick, R., Norquist, J. M., Dawson, J., & Jenkinson, C. (2003). Rasch scoring of outcomes of total hip replacement. *J Clin Epidemiol*, 56(1), 68-74.
- Fitzpatrick, R., Norquist, J. M., Jenkinson, C., Reeves, B. C., Morris, R. W., Murray, D. W., et al. (2004). A comparison of Rasch with Likert scoring to discriminate between patients' evaluations of total hip replacement surgery. *Qual Life Res*, 13(2), 331-338.
- Flanagan, J. C. (1954). *The critical incident technique* (4 ed.): US: American Psychological Association.
- Flick, U. (2008). *Triangulation: Eine Einführung*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Ford, R. C., Bach, S. A., & Fottler, M. D. (1997). *Methods of Measuring Patient Satisfaction in Health Care Organizations*: Health Care Management Review Spring.
- Fowler, F. J. (1995). *Improving Survey Questions*. Thousand Oaks: Sage.
- Fowler, F. J., Gallagher, P. M., & Nederend, S. (1999). *Comparing telephone and mail responses to the CAHPS (TM) survey instrument* (3 ed.).
- Fox, J. G., & Storms, D. M. (1981). A different approach to sociodemographic predictors of satisfaction with health care. *Social Science & Medicine*, 15A.
- Francis, V., Korsch, B.-M., & Morris, M.-J. (1969). Gaps in doctor-patient communication: Patients' response to medical advice. [Journal; Peer-Reviewed-Journal; Journal-Article]. *New-England-Journal-of-Medicine*(10), 535-540.
- Frasch, G. (1987). *Der Rücklaufprozeß bei schriftlichen Befragungen - formale Modelle zur Analyse kollektiver Regelmäßigkeiten*: Frankfurt am Main: P. Lang, 142 S., zahlr. Abb. u. Tab., 1987.
- Freise, D. (2003). *Teilnahme und Methodik bei Patientenbefragungen*. Sankt Augustin: Asgard Verlag.
- Friedson, E. (Cartographer). (1961). *Patients' Views of Medical Practice*.
- Frings, M., Kranzendorf, R., & Schelhoff, T. (1994). Krankenhäuser haben gutes Image in West- und Ostdeutschland. *Krankenhaus Umschau*, 2, 113-116.

- Gallagher, J. (1989). Invalid patient surveys: not a bargain at any price. . *J Health Care Mark*, 9/1:69-71.
- Gausmann, P., Göpfert, D. A., & Zinn, W. (2008). Patienten haben ihren eigenen Blick auf Risiken Ein Perspektivwechsel bringt neue Handlungsoptionen im Risiko-Management. *Krankenhaus Umschau - Gesundheitsmanagement ; Baumann Fachverlage*, 6, 56-58.
- Geertsen, R., Klauber, M. R., Rindflesh, M., Kane, R. L., & Gary, R. A. (1975). A reexamination of Suchman's views on social factors in health care utilization. *Journal of Health and Social Behavior*, 16, 226.
- Gehrlach, C., Altenhöner, T., & Schwappach, D. (2009). *Der Patients Experience Questionnaire*.
- Gerst, A., Rogson, L., & Hetherington, R. (1969). Patterns of satisfaction with health plan coverage: a conceptual approach. *Inquiry*, 6, 37.
- Gill, L., & White, L. (2009). A critical review of patient satisfaction. *Leadership in Health Services*.
- Glaap, W. (1993). *ISO 9000 leichtgemacht : praktische Hinweise und Hilfen zur Entwicklung und Einführung von QS-Systemen*. München Wien : Hanser.
- Glinski-Krause, B. (1995). Küßt die Pflegeversicherung die Altenpflege wach? : Qualitätsentwicklung durch Wettbewerb und neue Arbeitsformen. *Heim und Pflege*.
- Görres, S. (1999). *Qualitätssicherung in Pflege und Medizin : Bestandsaufnahme, Theorieansätze, Perspektiven am Beispiel des Krankenhauses*. Bern [u.a.]: Huber.
- Greene, J. Y., Weinberger, M., & Mamlin, J. J. (1980). Patient attitudes towards health care: expectations of primary care in a clinic setting. *Soc. Sci. Med*, 14A, 133.
- Greeneich, D. (1993). The link between new and return business and quality of care: Patient satisfaction. [Journal; Peer-Reviewed-Journal; Journal-Article]. *Advances-in-Nursing-Science*, 16(1), 62-72.
- Greenfield, S., Kaplan, S., & Ware, J. E. (1985). Expanding Patient Involvement in Care - Effects on Patient Outcomes. *Annals of Internal Medicine*(4), 520-528 1985.
- Greenley, J.-R., Schulz, R., Nam, S.-H., & Peterson, R.-W. (1985). Patient satisfaction with psychiatric inpatient care: Issues in measurement and application. [Journal; Peer-Reviewed-Status-Unknown; Journal-Article; Empirical-Study; Followup-Study]. *Research-in-Community-and-Mental-Health*, 5, 303-319.
- Greenley, J. R., & Schoenherr, R. A. (1981). Organization Effects on Client Satisfaction with Humaneness of Service. *Journal of Health and Social Behavior*.
- Greenley, J. R., Young, T. B., & Schoenherr, R. A. (1982). Psychological distress and patient satisfaction. *Med Care*, 20(4), 373-385.

- Groß-Engelmann, M. (1999). *Kundenzufriedenheit als psychologisches Konstrukt : Bestandsaufnahme und emotionstheoretische Erweiterung bestehender Erklärungs- und Meßmodelle*. Lohmar, Köln : Eul.
- Groves, R. M. (1989). *Survey errors and survey costs*: New York : Wiley.
- Hahn, E. A., Holzner, B., Kemmler, G., Sperner-Unterweger, B., Hudgens, S. A., & Cella, D. (2005). *Cross-cultural evaluation of health status using item response theory - FACT-B comparisons between Austrian and US patients with breast cancer* (2 ed.).
- Haigh-Smith, C., & Armstrong, D. (1989). Comparison of criteria derived by government and patients for evaluating general practitioner services. *British Medical Journal*, 299, 3.
- Hall, J.-A., & Dornan, M.-C. (1990). Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 30(7), 811-818.
- Hall, J.-A., Dornan, Michael- C. (1988a). What patients like about their medical care and how often they are asked: A meta-analysis of the satisfaction literature. [Journal; Peer-Reviewed-Journal; Journal-Article; Meta-Analysis]. *Social-Science-and-Medicine*, 27(9), 935-939.
- Hall, J. A. (1987). Patients Health Status and Satisfaction With Medical Care in an Elderly HMO Population.
- Hall, M. F. (1995). *Patient Satisfaction or Acquiescence? Comparing Mail and Telephone Survey Results* (1 ed.).
- Hanel, E., & Satzinger, W. (1995). Patientinnen und Patienten als Kunden - Patienten-Innenbefragung in den städtischen Krankenhäusern Münchens. *GQMG Newsletter*, 2(2), 7-11.
- Hannan, E. L., Kilburn, J., Racz, M., Shields, E., & Chassin, M. R. (1994). Improving the outcomes of coronary artery bypass surgery in new York State. *JAMA*, 271, 6.
- Hansen, J. (1988). 70 Prozent? Ein Beitrag zur Ausschöpfung von Random-Stichproben. *planung & analyse*, , 88/10: 398-401.
- Hays, R. D., Morales, L. S., & Reise, S. P. (2000). Item Response Theory and Health Outcomes Measurement in the 21st Century.
- Heider, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations*. New York Wiley.
- Helmich, P. (1997). *Primärärztliche Patientenbetreuung : Lehre, Forschung, Praxis ; mit 18 Tabellen*: Stuttgart: Schattauer.
- Henninger, M., & Balk, M. (2009). Grundlagen der Kommunikation. In M. Henninger & H. Mandl (Eds.), *Medien- und Bildungsmanagement*. (pp. 136-150). Beltz: Weinheim.

- Henninger, M., & Barth, C. (2009). Konflikte erkennen und managen. Einführung und Konfliktmanagement und Verhandlungsführung. In M. Henninger & H. Mandl (Eds.), *Medien- und Bildungsmanagement*. (pp. 167-189). Beltz: Weinheim.
- Henninger, M., & Mandl, H. (2003). *Zuhören - verstehen- miteinander reden. Ein multimediales Kommunikations- und Ausbildungskonzept*. Bern: Huber.
- Herzberg, F. (1965). *The New Industrial Psychology* (3 ed.).
- Herzberg, F. (1966). *Work and the nature of man*: Cleveland : World Publishing Co.
- Hetherington, R. W., Hopkins, C. E., & Roemer, M. I. (1975). *Health insurance plans : promise and performance*. New York : Wiley.
- Hildebrand, R. (1995). Total Quality Management. *f&w*, 1, 31-42.
- Hinshaw, A.-S., Gerber, R.-M., Atwood, J.-R., & Allen, J.-R. (1983). The use of predictive modeling to test nursing practice outcomes. [Journal; Peer-Reviewed-Journal; Journal-Article]. *Nursing-Research*, 32(1), 35-42.
- Hinshaw, A. S., & Atwood, J. R. (1982). A Patient Satisfaction Instrument - Precision by Replication. *Nursing Research*(3), 170-& 1982.
- Homburg, C. (2006). *Kundenzufriedenheit : Konzepte - Methoden - Erfahrungen*: Wiesbaden: Gabler.
- Hopkins, A. (1990). *Measuring the quality of medical care*. London : Royal College of Physicians of London.
- Hoppock, R. (1935). *Job satisfaction*: New York ; London : Harper & brothers.
- Hopton, J. L., Howie, J. G. R., & Porter, A. M. D. (1993). The Need for Another Look at the Patient in General-Practice Satisfaction Surveys. *Family Practice*(1), 82-87 MAR 1993.
- Houston, C. S., & Pasanen, W. E. (1972). Patients Perceptions of Hospital Care. *Hospitals*.
- Houts, P. S., Yasko, J. M., Kahn, S. B., Schelzel, G. W., & Marconi, K. M. (1986). Unmet Psychological, Social, and Economic Needs of Persons with Cancer in Pennsylvania. *Cancer*(10), 2355-2361 NOV 2315 1986.
- Hox, J. J. (2002). *Multilevel analysis: techniques and applications*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Inc.
- Hoyer, W. D., & MacInnis, D. J. (2004). *Consumer behavior*: Boston : Houghton Mifflin.
- Huber, S. (1983). *Zum psychologischen Konstrukt der "Zufriedenheit" - Messansätze und Modellanalysen*. Mannheim: Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades eines Doktors der Philosophie der Universität Mannheim.

- Hulka, B. S., Krupper, L. L., Daly, M. B., Cassel, J. C., & Schoen, F. (1975a). Correlates of Satisfaction and Dissatisfaction with Medical Care: A Community Perspective. *Medical Care*.
- Hulka, B. S., Kupper, L. L., Cassel, J. C., & Babineau, R. A. (1975). *Practice Characteristics and Quality of Primary Medical-Care - Doctor-Patient-Relationship* (10 ed.).
- Hulka, B. S., Zyzanski, S. J., Cassel, J. C., & Thompson, S. J. (1971). Satisfaction with Medical Care in a Low Income Population. *Journal of Chronic Diseases*(10), 661-& 1971.
- Hull, M. (1989). Family needs and supportive nursing behaviors during terminal cancer: a review. *Oncology Nursing Forum*, 16(6), 6.
- Hunstein, D. (1997). *Patient - Markt - Kunde: Kundenorientierung und Kundenzufriedenheit*. Unpublished manuscript, Wiesbaden.
- Hunstein, D. (1999). Messung der Patientenzufriedenheit. *Balk-Info*, 34-36.
- Hurtado, A. V., Greenlick, M. R., & Colombo, T. J. (1973). Determinants of medical care utilization: Failure to keep appointments. *Medical Care*, 11, 189-198.
- Iversen, M. G., Hansen, K. S., Freil, M., & Kreiner, S. (2009). *Do surgical patients differ in the way they prioritise aspects of hospital care?* (3 ed.).
- Jacob, G., & Bengel, J. (2000). Das Konstrukt Patientenzufriedenheit: Eine kritische Bestandsaufnahme; The construct of client satisfaction: A critical review. [Journal-Article; Literature-Review]. *Zeitschrift-fuer-Klinische-Psychologie,-Psychiatrie-und-Psychotherapie*, 48(3), 280-301.
- Jakob, A. (2001). Möglichkeiten und Grenzen der Triangulation quantitativer und qualitativer Daten am Beispiel der (Re-) Konstruktion einer Typologie erwerbsbiographischer Sicherheitskonzepte. *Forum : Qualitative Sozialforschung*.
- Jenny, J. (1973). Parents' satisfaction with their children's dentist. *Public Health Dent*, 33, 211-221.
- Jones, L., Leneman, L., & MacLean, U. (1987). *Consumer feedback for the NHS : a literature review*. London : King Edward's Hospital Fund for London.
- Jones, L. M. (1989). The chief scientist reports... The consumer's voice: Learning how to listen. *Health Bulletin*, 47, 8.
- Kahneman, D., & Tversky, A. (1979). *Prospect Theory - Analysis of Decision under Risk* (2 ed.).
- Kaim-Caudle, P. R., & Marsh, G. N. (1975). Patient satisfaction survey in general practice. *British Medical Journal*, 1, 262-264.
- Kaiser, M.-O. (2005). *Erfolgsfaktor Kundenzufriedenheit : Dimensionen und Messmöglichkeiten*. Berlin : Erich Schmidt.

- Kano, N., Seraku, N., Takahashi, F., & Tsuji, S. (1984). Attractive Quality and Must be Quality, Quality - *Journal of Japanese Society for Quality Control*, 14,2, , 39-48.
- Kaplan, D. (2000). *Structural equation modeling: foundations and extensions*: SagaPublications Inc.
- Kasteler, J., Kane, R. L., Olsen, D. M., & Thetford, C. (1976). Issues Underlying Prevalence of "Doctor-Shopping" Behavior. *Journal of Health and Social Behavior*.
- Kelley, H. H. (1972). *Causal schemata and the attribution process*: Morristown, N.J., General Learning Press.
- Khayat, K., & Salter, B. (1994). Health promotion in the market-place: Patient satisfaction as the basis of a marketing strategy. [Journal; Peer-Reviewed-Journal; Journal-Article; Empirical-Study]. *Health-Promotion-International*, 9(3), 161-168.
- Kincey, J., Bradshaw, P., & Ley, P. (1975). Patients' satisfaction and reported acceptance of advice in general practice. *British Medical Journal*, 3(5975), 2.
- Kinnersley, P., Stott, N., Peters, T., Harvey, I., & et al. (1996). A comparison of methods for measuring patient satisfaction with consultations in primary care. [Journal; Peer-Reviewed-Journal; Journal-Article; Empirical-Study]. *Family-Practice*, 13(1), 41-51.
- Kippen, L. S., Strasser, S., & Joshi, M. (1997). Improving the quality of the NCQA annual member health care survey version 1.0. *Journal of Managed Care*, 3, 12.
- Kirdar, Y. (2007). The Role of Public Relations for Image Creating in Health Services: A Sample Patient Satisfaction Survey *Health Marketing Quarterly*, 24(3-4), 33-53
- Kirscht, J. P., Haefner, D. P., Kegeles, S. S., & Rosenstock, I. M. (1966). A National Study of Health Beliefs. *Journal of Health and Social Behavior*.
- Klotz, T., Zumbe, J., Velmans, R., & Engelmann, U. (1996). Die Bestimmung der Patientenzufriedenheit als Teil des Qualitätsmanagements im Krankenhaus. *Deutsche Medizinische Wochenschau*, 121, 889-895.
- Kopec, J. A., Sayre, E. C., Davis, A. M., Badley, E. M., Abrahamowicz, M., Sherlock, L., et al. (2006). Assessment of health-related quality of life in arthritis: conceptualization and development of five item banks using item response theory. *Health and Quality of Life Outcomes*.
- Korsch, B., Gozzi, E., & Francis, V. (1968). Gaps in doctor-patient communications. *Pediatrics*, 42:855-71.
- Kravits, J. (1975). *The relationship of attitudes to discretionary physician and dentist use by race and income*. Cambridge: Mass.: Ballinger Publishing Company.
- Krüger, J. (2009). *Entwicklung und Evaluation eines Messinstruments zur Patientenzufriedenheit im Krankenhaus: Eine qualitative Studie zur Überprüfung der Verständlichkeit und Vollständigkeit eines in der Praxis eingesetzten Zufriedenheitsfragebogens der*

- Forschungsgruppe Metrik.* Hamburg: Diplomarbeit der Hamburger Fern Hochschule.
- KTQ-GmbH (2000). *KTQ - Leitfaden zur Patientenbefragung.* Düsseldorf: Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH.
- Kunin, T. (1955). *The construction of a new type of attitude measure.* United Kingdom: Blackwell Publishing.
- Kurata, J.-H., Watanabe, Y., McBride, C., Kawai, K., & et al. (1994). A comparative study of patient satisfaction with health care in Japan and the United States. [Journal; Peer-Reviewed-Journal; Journal-Article; Empirical-Study]. *Social-Science-and-Medicine*, 39(8), 1069-1076.
- Landgrebe, K. P. (1992). *Ausschoepfungen. Response rates* (2 ed.).
- Langer, W. (2004). *Mehrebenenanalyse: Eine Einführung für Forschung und Praxis.* Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Lanz, C. L., & Zinn, W. (2001). Mobile Leistungserfassung im Krankenhaus - Chancen für die Pflege. *BALK-Info*.
- Lanz, C. L., & Zinn, W. (2001a). Innovative EDV-Lösung: Kosten und Leistungen pro Fall ermitteln. *Care konkret*.
- Lanz, C. L., & Zinn, W. (2002). Spart Zeit und liefert Argumente. *Pflegezeitschrift*.
- Larrabee, J. H. (1992). *Hospital patients' and nurses' perception of quality (Dissertation)* (Vol. 1). Memphis: College of Nursing, University of Tennessee.
- Larrabee, J. H., Engle, V. F., & Tolley, E. A. (1995). Predictors of Patient-Perceived Quality. *Scandinavian-Journal-of-Caring-Sciences*, 9, 153-164.
- Larsen, D.-E., & Rootman, I. (1976). Physician role performance and patient satisfaction. [Journal; Peer-Reviewed-Journal; Journal-Article]. *Social-Science-and-Medicine*, 10(1), 29-32.
- Larsen, D., Attkisson, C. C., Hargreaves, W., & Nguyen, T. D. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale *Evaluation and Program Planning*, 2, 197-207.
- Larson, D. E., & Rootman, I. (1976). Physician role performance and patient satisfaction. *Soc. Sci. Med*, 10, 29.
- Lawler, E. E. (1973). *Motivation in Work Organisations.* Wadsworth Belmont
- Leber, C., & Hildebrandt, H. (2001). Der Patienten-Monitor: Benchmarking für effektives Qualitätsmanagement. In W. Satzinger, A. Trojan, P. Kellermann-Mühlhoff, R. Buck, G. Dutin & H. Raspe (Eds.), *Patientenbefragungen in Krankenhäusern. Konzepte, Methoden, Erfahrungen* (pp. 195-206). Sankt Augustin: Asgard Verlag.

- Lebow, J. L. (1974). Consumer assessment of the quality of medical care. *Medical Care*, 12, 328-337.
- Lebow, J. L. (1975). Evaluation of an outpatient pediatric practice through the use of consumer questionnaires. *Medical Care*, 13, 250-255.
- Lebow, J. L. (1983). Research assessing consumer satisfaction with mental health treatment: a review of findings. *Eval. program Plan*, 6, 211.
- Leonard, K. L. (2008). Is Patient Satisfaction Sensitive to Changes in the Quality of Care? An Exploitation of the Hawthorne Effect *Journal of Health Economics*, 27(2), 444-459.
- LeVois, M., Nguyen, T. D., & Attkisson, C. C. (1981). Artifact in client satisfaction assessment: Development of a general scale. *Evaluation Program Planning*, 4, 12.
- Lewis, J. (1994). Patient views on quality care in general practice: Literature review. [Journal; Peer-Reviewed-Journal; Journal-Article; Literature-Review]. *Social-Science-and-Medicine*, 39(5), 655-670.
- Like, R., & Zyzanski, S.-J. (1987). Patient satisfaction with the clinical encounter: Social psychological determinants. [Journal; Peer-Reviewed-Journal; Journal-Article]. *Social-Science-and-Medicine*, 24(4), 351-357.
- Linder-Pelz, S. (1979). Patient satisfaction with an ambulatory health care encounter. *Unpublished Ph.D. dissertation*.
- Linder-Pelz, S. (1982). Toward a theory of patient satisfaction. [Journal; Peer-Reviewed-Journal; Journal-Article]. *Social-Science-and-Medicine*, 16(5), 577-582.
- Linder-Pelz, S. (1982a). Social psychological determinants of patient satisfaction: A test of five hypotheses. [Journal; Peer-Reviewed-Journal; Journal-Article]. *Social-Science-and-Medicine*, 16(5), 583-589.
- Linn, B. S. (1982). Burn Patients Evaluation of Emergency Department Care. *Annals of Emergency Medicine*(5), 255-259 1982.
- Linn, L. S. (1975). Factors Associated with Patient Evaluation of Health Care.
- Linn, M. W., Linn, B. S., & Stein, S. R. (1982). Satisfaction with Ambulatory Care and Compliance in Older Patients. *Medical Care*(6), 606-614 1982.
- Lochman, J. (1983). Factors related to patients' satisfaction with their medical care. *Journal of Community Health*, 9, 19.
- Locker, D., & Dunt, D. (1978). Theoretical and methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with medical care. *Social Science & Medicine*, 12.
- Ludy, J. A., Gagnon, J. P., & Caiola, S. M. (1977). Patient-Pharmacist Interaction in 2 Ambulatory Settings - Its Relationship to Patient Satisfaction and Drug Misuse. *Drug Intelligence & Clinical Pharmacy*(2), 81-89 1977.

- Lundström, M., & Pesudovs, K. (2009). Catquest-9SF patient outcomes questionnaire- Nine-item short-form Rasch-scaled revision of the Catquest questionnaire. *Journal of Cataract & Refractive Surgery*, 35, 504-513.
- Lupton, D., Donaldson, C., & Lloyd, P. (1991). Caveat emptor or blissful ignorance? *Social Science & Medicine*, 33, 10.
- Luthy, C., Cedraschi, C., Perrin, E., & Allaz, A. F. (2005). How do patients define "good" and "bad" doctors? *Swiss Med Wkly*, 135(5-6), 82-86.
- Maccoby, E., & Maccoby, N. (1954). The interview: A tool of social science. In G. LINDZEY (Ed.), *Handbook of Social Psychology* (Vol. 1, pp. 449 - 487). Cambridge: Addison Wesley.
- Mangione, T. W. (1995). *Mail surveys : improving the quality*: Thousand Oaks, Calif. : Sage Publications.
- Marshall, G.-N., Hays, R.-D., & Mazel, R. (1996). Health Status and Satisfaction with Health Care: Results from the Medical Outcomes Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 380-390.
- Martin, M., Kosinski, M., Bjorner, J. B., MacLean, R., Li, T., & Ware, J. E., Jr. (2007). *Item response theory methods can improve the measurement of physical function by combining the Modified Health Assessment Questionnaire and the SF-36 physical function scale* (4 ed.): Germany: Springer.
- Maslow, A. (1954). *Motivation and personality*. New York.
- Mason, J., Ashe, L., & Souza, J. (1996). *Using patient satisfaction data to improve physician performance*. Paper presented at the Institute for Healthcare Improvement Conference.
- Masters, G. N., & Wright, B. D. (1984). The essential process in a family of measurement models. *Psychometrika*, 49(4), 529-544.
- McDonald, R. P. (1999). *Test theory: A unified treatment*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- McGhee, A. (1961). *The Patient's Attitude to Nursing Care*. . Livingstone. .
- McIver, S. (1991). *Information on Obtaining the Views of Users of Primary Health Care Services*. London: Kings Fund Centre.
- McIver, S. (1991a). *Obtaining the views of outpatients*: London : King's Fund Centre for Health Services Development.
- Mechanic, D. (1968). medical sociology: a selective view.
- Merton, R. K. (1968). Continuities in the theory of reference groups. *In Social Theory and Social Structure*.

- Messner, T., & Zinn, W. (2001). Messung und Analyse der Kundenzufriedenheit in Krankenhäuser. In O. L. Braun, J. Abendschein, M. Haferburg & S. Mihailovic (Eds.), *Kundenzufriedenheit und psychologisches Qualitätsmanagement*. Heidelberg: Edition GP.
- Meterko, M., Nelson, E. C., & Rubin, H. R. (1990). Patient judgements of hospital quality: report of a pilot study. In M. Meterko, E. C. Nelson & H. R. Rubin (Eds.), *Medical Care*.
- Meyers-Levy, J., & Tybout, A. M. (1997). *Context effects at encoding and judgment in consumption settings: The role of cognitive resources* (1 ed.): US: Univ of Chicago Press.
- Mittal, V., Kumar, P., & Tsiros, M. (1999). *Attribute-level performance, satisfaction, and behavioral intentions over time: A consumption-system approach* (2 ed.): US: American Marketing Association.
- Model, S. (2009). *In defence of triangulation: A critical realist approach to mixed methods research in management accounting*
- Morales, L. S., Reise, S. P., & Hays, R. D. (2000). Evaluating the Equivalence of Health Care Ratings by Whites and Hispanics.
- Morse, N. C. (1953). *Satisfactions in the white-collar job* Ann Arbor Univ.of Michigan.
- Morwitz, V. G., & Pluzinski, C. (1996). *Do polls reflect opinions or do opinions reflect polls? The impact of political polling on voters' expectations, preferences, and behavior* (1 ed.): US: Univ of Chicago Press.
- Nelson-Wernick, E. H. S., Carrey, P. W., Taylor, M., Woodbury, & Cantor, A. (1981). Patient Perception of Medical Care. *Health Care Management Review*.
- Nelson, E. C., & Larson, C. (1993). Patients good and bad surprises: how do they relate to overall patient satisfaction. *Qual. rev. Bull.*, 3, 89.
- Neugebauer, B., & Porst, R. (2001). *Patientenzufriedenheit - ein Literaturbericht (ZUMA-Methodenbericht Nr. 7/2001)*. Mannheim: ZUMA.
- Nickel, S. (2006). *Patientenzufriedenheit mit kurzstationärer Versorgung* (Vol. 1). Hamburg: LIT Verlag.
- Norquist, J. M., Fitzpatrick, R., Dawson, J., & Jenkinson, C. (2004). Comparing alternative Rasch-based methods vs raw scores in measuring change in health. *Med Care*, 42(1 Suppl), I25-36.
- Norquist, J. M., Fitzpatrick, R., & Jenkinson, C. (2003). Rasch measurement in the assessment of amyotrophic lateral sclerosis patient. *Journal of applied measurement*, 4(3), 249-257.
- Noyes, R. W., Levy, M. I., Chase, C. L., & Udry, J. R. (1974). Expectation fulfilment as a measure of patient satisfaction. *J. Obstet. Gynecol*, 118, 809.

- O'Connor, S. J., & Shewchuck, C. (1991). The Influence of Perceived Hospital Service Quality on Patient Satisfaction and Intention to Return. *Paper presented at the National Academy of Management Meeting.*
- OECD (2009). OECD-GESUNDHEITSDATEN 2008 (Organisation for Economic Co-Operation and Development) Retrieved 10.4.2009, from E:\Literatur\PDF\lit1120.pdf
<http://www.oecd.org/dataoecd/15/1/39001235.pdf>
- Oliver, R. L. (1977). *Effect of expectation and disconfirmation on postexposure product evaluations: An alternative interpretation* (4 ed.): US: American Psychological Association.
- Oliver, R. L. (1980). *A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions* (4 ed.): US: American Marketing Association.
- Otani, K., Waterman, B., Faulkner, K. M., Boslaugh, S., Burroughs, T. E., Dunagan, W. C., et al. (2009). Patient Satisfaction: Focusing on "Excellent" *Journal of Healthcare Management* 54(2), 93-104
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1994). *Alternative scales for measuring service quality: A comparative assessment based on psychometric and diagnostic criteria* (3 ed.): Netherlands: Elsevier Science.
- Parsons, T. (1951b). The social system.
- Parsons, T., & Shils, E. (1951). Towards a General Theory of Social Action.
- Pascoe, G.-C. (1983b). Patient satisfaction in primary health care: A literature review and analysis. [Journal; Peer-Reviewed-Journal; Journal-Article; Empirical-Study; Literature-Review]. *Evaluation-and-Program-Planning*, 6(3-4), 185-210.
- Pascoe, G.-C., & Attkisson, C. (1983). The evaluation ranking scale: A new methodology for assessing satisfaction. [Journal; Peer-Reviewed-Journal; Journal-Article; Empirical-Study]. *Evaluation-and-Program-Planning*, 6(3-4), 335-347.
- Passfeld, H. (2001). *Kurzzeitpatienten im Krankenhaus*. Hamburg: Universität Hamburg.
- Perneger, T. V. M. D. P., Kossovsky, M. P. M. D. M., Cathieni, F. B. A., di Florio, V. B. A., & Burnand, B. M. D. M. P. H. (2003). A Randomized Trial of Four Patient Satisfaction Questionnaires. *Medical Care*, 41, 1343-1352.
- Peters, V. (2008). Der Einfluss des Standortmerkmals Urbanität auf die Patientenzufriedenheit in Krankenhäusern. *Magisterarbeit Universität Potsdam Fakultät Sozial- und Wirtschaftswissenschaften Fachrichtung Soziologie.*
- Peterson, O. L. e. a. (1956). Ananalytical Study of Practice: 1953-1954. *The Journal of Medical Education*, 31(December), 165.
- Pfaff, H., Freise, D., Mager, G., & Schrappe, M. (2001). *Der Kölner Patientenfragebogen (KPF)*. Köln: Universität Köln, Abteilung Medizinische Soziologie.

- Piedmont, E. B., & Dornblasser, B. M. (1970). Spoke Design for Inpatient Care Evaluation of Patient Welfare. *Health Services Research*.
- Pope, C. (1978). Consumer satisfaction in a health maintenance organisation. *J. Hlth Soc. Behav*, 3, 406.
- Porst, R. (2000). *Praxis der Umfrageforschung*. . Stuttgart: Teubner.
- Quigley, D. D., Elliott, M. N., Hays, R. D., Klein, D. J., & Farley, D. O. (2008). Bridging From the Picker Hospital Survey to the CAHPS Hospital Survey. *Med Care*, 46(7), 654-661.
- Rabe-Hesketh, S. A., & Skrondal, A. (2008). *Classical latent variable models for medical research* (1 ed.).
- Raidl, M. E. (2001). *Qualitätsmanagement in Theorie und Praxis - eine Verbindung von Instrumenten der empirischen - Sozialforschung und der Einsatz und Nutzen für die Praxis: Eine empirische Studie in einer süddeutschen Privatklinik*: München, Mering; Wissenschaftsdition im Rainer Hampp Verlag 1. Aufl.; 2001; 357 S. Profession; Folge 29 Dissertation ; Universität Augsburg ; 2001.
- Rais, S. (1998). Untersuchungen zur Patientenzufriedenheit über einen fachvarianten standardisierten Fragebogen. *KH*, 2, 86-90.
- Raleigh, V. S., Scobie, S., Cook, A., Jones, S., & Irons, R. H., K. (2004). *Unpacking the patients' perspective: Variations in NHS patient experience in England*. London: CHI.
- Ralston, J. D., Carrell, D., Reid, R., Anderson, M., Moran, M., & Hereford, J. (2007). Patient Web Services Integrated with a Shared Medical Record: Patient Use and Satisfaction. . *Journal of the American Medical Informatics Association*, 14(6), 798-806
- Raphael, W. (1967). Do we know what the patients think? : a survey comparing the views of patients, staff, and committee members. *International Journal of Nurse Studies*, 4 , 209.
- Raposo, M. L., Alves, H. M., & Duarte, P. A. (2009). Dimensions of service quality and satisfaction in healthcare : a patient's satisfaction index. *Service business*, 3(1), 85-100
- Rasch, G. W. (1960). Probabilistic models for some intelligence and attainment tests. *Danish Institute for Educational Research*.
- Reeve, B. B. (2006). *An Introduction to Modern Measurement Theory*.
- Reeve, B. B., & Fayers, P. (2005). Applying item response theory modelling for evaluating questionnaire item and scale. *Assessing Quality of Life in Clinical Trials*.
- Reeve, B. B., Hays, R. D., Bjorner, J. B., Cook, K. F., Crane, P. K., Teresi, J. A., et al. (2007). Psychometric Evaluation and Calibration of Health-Related Quality of Life Item Banks. *Medical Care*.

- Reuband, K.-H., & Blasius, J. (1996). *Face-to-face-, telefonische und postalische befragungen: Ausschöpfungsquoten und Antwortmuster in einer Grossstadt-studie. [Face-to-face-, telephone- and mail questionnaires: Response rates and pattern in a large city study.]* (2 ed.): Germany: Westdeutscher Verlag.
- Rice, C. E., Klett, S. L., Berger, D. G., Sewall, L. G., & Lemkau, P. V. (1963). The ward evaluation scale. *Journal of Clinical Psychology*.
- Riegl, G. (1996). Klinik-Marketing beginnt bei Vorgesetzten und Mitarbeitern - Patientenorientierte Personalpolitik für die Punktlandungen im Klinik-Budget. *Führen & Wirtschaften im Krankenhaus* 13 (1/96), 45-52.
- Riemer, M. (1986). *Beschwerdemanagement*. Frankfurt/Main: Campus-Verlag.
- Roethlisberger, F. J. (1941). *Management and Morale*. Cambridge, MA, US: Harvard University Press.
- Roethlisberger, F. J., & Dickson, W. J. (1939). *Management and the worker : an account of a research program conducted by the Western Electric Company, Hawthorne Works, Chicago*. Cambridge, Mass. : Harvard University Press.
- Roghamann, K. J., Hengst, A., & Zastowny, T. R. (1979). Satisfaction with Medical-Care - Its Measurement and Relation to Utilization. *Medical Care*(5), 461-479 1979.
- Rojek, D. G., Clemente, F., & Summers, C. F. (1975). Community satisfaction: A study of contentment with local services. *Rural Sociology*, 40, 177-192.
- Rose, M. B. J. B. B. J. F. J. F. W. J. E., Bjomer, J. B., Becker, J., Fries, J. F., & Ware, J. E. (2008). *Evaluation of a preliminary physical function item bank supported the expected advantages of the Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS)* (1 ed.).
- Rosenfeld, L. S. (1957). Quality of Medical Care in Hospital. *Journal of Public Health*, 47(July), 10.
- Ross, C.-K., Steward, C.-A., & Sinacore, J.-M. (1995). A comparative study of seven measures of patient satisfaction. [Journal; Peer-Reviewed-Journal; Journal-Article; Empirical-Study]. *Medical-Care*, 33(4), 392-406.
- Ross, C. E., Mirowsky, J., & Duff, R. S. (1982). Physican Status Characteristics and Client Satisfaction in Two types of Medical Practice. *Journal of Health and Social Behavior*, 23, 317-329.
- Rost, J. (1988). Rating scale analysis with latent class models. *Psychometrika*, 53(3), 327-348.
- Rost, J. (1999). Was ist aus dem Rasch-Modell geworden? *Psychologische Rundschau*, 5(3), 140-156.
- Rost, J. (2004). *Lehrbuch Testtheorie -Testkonstruktion* (Vol. Zweite, überarbeitete und erweiterte Auflage): Verlag Hans Huber.

- Roter, D.-L., Hall, J.-A., & Katz, N.-R. (1987). Relations between physicians' behaviors and analogue patients' satisfaction, recall, and impressions. [Journal; Peer-Reviewed-Journal; Journal-Article; Empirical-Study]. *Medical-Care*, 25(5), 437-451.
- Rubin, H. R. (1990). Can patients evaluate the quality of hospital care? *Medical Care Review*.
- Santuzzi, N. R., Brodник, M. S., Rinehart-Thompson, L., & Klatt, M. (2009). Patient satisfaction: how do qualitative comments relate to quantitative scores on a satisfaction survey? *Qual Manag Health Care*, 18(1), 3-18.
- Satzinger, W. (1998). Der Weg bestimmt das Ziel? Zur Rolle des Erhebungsverfahrens bei Befragungen von Krankenhauspatienten. In T. M. Ruprecht (Ed.), *Expertenfragen - Patienten antworten* (pp. 101-108). St. Augustin: Asgard Verlag Dr. Werner Hippe.
- Satzinger, W., & Raspe, H. (2001). Weder Kinderspiel noch Quadratur des Kreises. Eine Übersicht über methodische Grundprobleme bei Befragungen von Krankenhauspatienten. In W. Satzinger, A. Trojan, P. Kellermann-Mühlhoff, R. Buck, G. Dutin & H. Raspe (Eds.), *Patientenbefragungen in Krankenhäusern. Konzepte, Methoden, Erfahrungen* (pp. 41-80). Sankt Augustin: Asgard Verlag.
- Satzinger, W., Trojan, A., Kellermann-Mühlhoff, P., Buck, R., Dutin, G., & Raspe, H. (2001). *Patientenbefragungen in Krankenhäusern. Konzepte, Methoden, Erfahrungen*. Sankt Augustin: Asgard Verlag.
- Scheirer, M. A. (1978). Program participants' positive perceptions: Psychological conflict of interest in social program evaluation. *Evaluation Quarterly*, 2, 18.
- Schipperges, H. (1993). *Die Kranken im Mittelalter*. München : Beck.
- Schlegel, H. (2006). *Die Befragung stationär versorgter Patienten*. München: Dr. Hut.
- Schmidt, J., Lamprecht, F., & Wittmann, W. (1989). Zufriedenheit mit der stationären Versorgung. Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen / Satisfaction with inpatient care: Development of a questionnaire and first validity assessments. [Journal; Peer-Reviewed-Journal; Journal-Article; Empirical-Study]. *Psychotherapie-Psychosomatik-Medizinische-Psychologie*, 39(7), 248-255.
- Schneider, J. (1996). *Qualitätswahrnehmung in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK)*. Diplomarbeit - Universität Koblenz-Landau Abteilung Landau - Fachbereich 8: Psychologie.
- Schnell, R., Hill, P. B., & Esser, E. (1999). *Methoden der empirischen Sozialforschung*. München: Oldenbourg, 6., völlig überarb. u. erw. Aufl., 535 S., 1999.
- Schutz, S. M., Lee, J. G., Schmitt, C. M., Almon, M., & Baillie, J. (1994). Clues to Patient Dissatisfaction with Conscious Sedation for Colonoscopy. *American Journal of Gastroenterology*(9), 1476-1479 SEP 1994.

- Scitovsky, T. (1976). *The joyless economy: an inquiry into human satisfaction and consumer dissatisfaction.*
- Selbmann, H.-K. (2001). Externe Qualitätssicherung in Deutschland *Der aktuelle Stand Zeitschrift Medizinische Klinik* (Vol. Volume 96, Number 12 pp. 754-759): Urban & Vogel.
- Selbmann, H.-K. (2001a). Internes Qualitätsmanagement und externe Qualitätssicherung in der Geburtshilfe und der operativen Gynäkologie (Vol. Volume 34, Number 2 pp. 82-88). Heidelberg: Springer Berlin.
- Selbmann, H.-K. (2001b). Wirtschaftlichkeit durch Qualitätssicherung in der Medizin *Zeitschrift Der Onkologe* (Vol. Volume 7, Number 12 pp. 1342-1348). Heidelberg: Springer Berlin
- Selbmann, H.-K. (2004). Der Qualitätsbericht ab 2005 - wozu und für wen? *Qualitätsbericht.*
- Selbmann, H.-K. (2004a). Bewertung und Zertifizierung von Akut-Krankenhäusern in Deutschland *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* (Vol. Volume 47, Number 2, pp. 103-110). Heidelberg: Springer Berlin.
- Selbmann, K., & Reif, M. (1998). Stand des Qualitätsmanagements im Krankenhaus. *Krankenhaus Umschau*, 6, 425-473.
- Seyfarth-Metzger, I., Satzinger, W., Höpner, F., & Walter, J. v. (2001). Kinder im Krankenhaus. Zur Methodik einer Kinder- und Elternbefragung. In W. Satzinger, A. Trojan, P. Kellermann-Mühlhoff, R. Buck, G. Dutin & H. Raspe (Eds.), *Patientenbefragungen in Krankenhäusern. Konzepte, Methoden, Erfahrungen* (pp. 221-228). Sankt Augustin: Asgard Verlag.
- Seyfarth-Metzger, I., Satzinger, W., & Lindemeyer, T. (1997). Patientenbefragung als Instrument des Qualitätsmanagements. *das krankenhaus*, 12, 739-749.
- Shaw, C. D. (1986). Introducing quality assurance. *Kings fund project paper.*
- Shaw, I. F. (1984). Literature review. Consumer evaluation of the personal social services. *Br. J. Soc. Work*, 14, 277.
- Sherif, M., & Hovland, C. I. (1961). *Social judgement; : assimilation and contrast effects in communication and attitude change.* London, Yale University Press.
- Sheth, J. N., Mittal, B., & Newman, B. I. (1999). *Customer behavior : consumer behavior & beyond.* Fort Worth, TX : Dryden Press.
- Shonell, S. M. (1977). The Relationship Among Dimensions of Health Services in Two Provider systems: A Causal Model Approach. *Journal of Health and Social Behavior*, 18, 139-159.

- Simon, D., Schorr, G., Wirtz, M., Vodermaier, A., Caspari, C., Neuner, B., et al. (2006). *Development and first validation of the shared decision-making questionnaire (SDM-Q)* (3 ed.).
- Sitzia, J., & Wood, N. (1997). Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Social Science & Medicine*, 45(Nr. 12), 1829-1843.
- Sitzia, J., & Wood, N. (1998). Response rate in patient satisfaction research: an analysis of 210 published studies. *Int J Qual Health Care*, 10/4: 311-317.
- Sixma, H.-J., & Spreuwenberg, P.-M. (1998). Patient satisfaction with the general practitioner: A two-level analysis. [Journal; Peer-Reviewed-Journal; Journal-Article; Empirical-Study]. *Medical-Care*, 36(2), 212-229.
- Sjetne, I. S., Veenstra, M., & Stavem, K. (2007). The effect of hospital size and teaching status on patient experiences with hospital care: a multilevel analysis. *Med Care*, 45(3), 252-258.
- Skipper, J.-K., Jr., & Ellison, M.-D. (1966). Personal contact as a technique for increasing questionnaire returns from hospitalized patients after discharge. *Journal of Health and Human Behavior*.
- Smedby, B., & Ehnfors, M. (1993). *Patient Satisfaction Surveys Subsequent to Hospital Care: Problems of Sampling, Non-response and Other Losses* (1 ed.).
- Snijders, T., & Bosker, R. (1999). *Multilevel analysis. An introduction to basic and advanced multilevel modelling*. London: Sage Publications.
- Spärkel, H., Ruckriegel, B., Janßen, H., & Eichler, A. (1997). *Total Quality Management* (Vol. 2). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Statistischen Bundesamt (2009a). Retrieved 12.10.2009, from [https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1021734](https://www.ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1021734)
- Stein, M., Bernhard, R., Bojahr, M., Paradies, C., & Zinn, W. (2000). Möglichkeiten und Grenzen der Externen Qualitätssicherung in der Pflege. *Forum der Medizin_Dokumentation und Medizin_Informatik*.
- Steiner, R. P., Looney, S. W., Rodgers, G. C., Chapple, L. E., & Nisbet, V. L. (1998). A medical insurer's assessment of health services outcomes and patient satisfaction for laparoscopic and open cholecystectomies - An Epidemiologic Approach. *Disease Management and Clinical Outcomes*, 1(Nr. 5), 148-154.
- Steptoe, A., Sutcliff, J., Allen, B., & Coombs, C. (1991). Satisfaction with communication, medical knowledge, and coping style in patients with metastatic cancer. *Social Science & Medicine*, 32, 6.
- Steyer, R., & Eid, M. (2001). *Messen und Testen* (Vol. Auflage 2). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.

- Stiles, W. B. P. D., Putnam, S. M. M. D. M. P. H., Wolf, M. H. A. B., & James, S. A. P. D. (1979). Interaction Exchange Structure and Patient Satisfaction with Medical Interviews. *Medical Care*.
- Stimson, G. V., & Webb, B. (1975). *Going to see the doctor : the consultation process in general practice*. London : Routledge and Kegan Paul.
- Stollberg, R. (1968). *Arbeitszufriedenheit--theoretische und praktische Probleme*. (Schriftenreihe Soziologie. ed.): Berlin, Dietz.
- Stouffer, S. (1949). The American soldier: studies in social psychology in World War II. *Quotation from Merton. Ibid.*
- Strasser, S., Aharony, L., & Greenberger, D. (1993). The patient satisfaction process: Moving toward a comprehensive model. [Journal; Peer-Reviewed-Journal; Journal-Article]. *Medical-Care-Review*, 50(2), 219-248.
- Strasser, S., & Associates (1992b). The Patient Satisfaction Measurement Project. *The Ohio State University, College of Medicine, Division of Hospital and Health Services*.
- Strasser, S., & Davis, R. M. (1992). *Measuring patient satisfaction for improved patient services*. Ann Arbor Mich. : Health Administration Press.
- Straub, C., Arnold, M. M., & Selbmann, H. K. (1997). *Patientenorientierte Versorgung im Krankenhaus. Ein Projekt der Robert Bosch Stiftung*. Tübingen Stuttgart: Institut für Medizinische Informationsverarbeitung der Universität Tübingen + Robert Bosch Stiftung GmbH.
- Street, R.-L., & Buller, D.-B. (1988). Nonverbal response patterns in physician-patient interactions: A functional analysis. [Journal; Peer-Reviewed-Journal; Journal-Article; Empirical-Study]. *Journal-of-Nonverbal-Behavior*, 11(4), 234-253.
- Streiner, D. L., & Norman, G. R. (1989). *Health measurement scales: A practical guide to their development and use*. New York: Oxford University Press.
- Strodtholz, P., & Badura, B. (2006). Patientenorientierung im Gesundheitswesen durch Patientenbefragung *Soziologie der Gesundheit*, 46, 444-463.
- Suchman, E. A. (1964). Sociomedical variations among ethnic groups. *American Journal of Sociology*, 70, 319-331.
- Suchman, E. A. (1965). Social patterns of illness and medical care. *Journal of Health and Human Behavior*, 6, 2-16.
- Svarstad, B. L. (1976). Physician-Patient Communication and Patient Conformity With Medical Advice *The Growth of Bureaucratic Medicine*. New York: John Wiley & Sons.
- Swan, J. (1985). Deepening the Understanding of Hospital Patient Satisfaction. *Journal of Health Care Marketing*.

- Swan, J. E., & Carroll, M. G. (1980). *Patient satisfaction: An overview of research, 1965 to 1978*. Bloomington: Indiana University Press.
- Szasz, T., & Hollender, M. (1956). A contribution to the philosophy of medicine: the basic model of doctor-patient relationship. *Archs int. Med.*
- Tagliacozzo, D. I. (1965). the nurse from the patient's point of view.
- Tarnai, J., & Dillman, D. A. (1992). Questionnaire context as a source of response differences in mail and telephone surveys. In N. Schwarz & S. Sudman (Eds.), *Context effects in social and psychological research* (pp. 115-129). New York: Springer.
- Teresi, J. A., Ramirez, M., Lai, J.-s., & Silver, S. (2008). Occurrences and sources of Differential Item Functioning (DIF) in patient-reported outcome measures: Description of DIF methods, and review of measures of depression, quality of life and general health. *Psychology Science Quarterly, Volume 50, 2008 (4), pp. 538-612*.
- Tessler, R., & Mechanic, D. (1975). Consumer satisfaction with prepaid group practice: A comparative study. *Journal of Health and Social Behavior*.
- Thomas, J. W., & Penchansky, R. (1984). Refating Satisfaction with Access to Utilization of Services. *Medical Care*.
- Thompson, A. G. H. (1986). The soft approach to quality of hospital care. *Int. J. qual. and rellabil Mgmt, 3, 3*.
- Trojan, A. (1998). Warum sollen Patienten befragt werden? (II). In T. M. Ruprecht (Ed.), *Experten fragen - Patienten antworten. Patientenzentrierte Qualitätsbewertung von Gesundheitsdienstleistungen - Konzepte, Methoden, praktische Beispiele*. (pp. 15-30). Augustin: Asgard-Verlag.
- Trojan, A., & Nickel, S. (2001). Wiederholte Patientenbefragung als Instrument zur Evaluation von qualitätsverbessernden Interventionen im Krankenhaus. In W. Satzinger, A. Trojan, P. Kellermann-Mühlhoff, R. Buck, G. Dutin & H. Raspe (Eds.), *Patientenbefragungen in Krankenhäusern. Konzepte, Methoden, Erfahrungen* (pp. 139-150). Sankt Augustin: Asgard Verlag.
- Tse, D. K., & Wilton, P. C. (1988). *Models of consumer satisfaction formation: An extension* (2 ed.): US: American Marketing Association.
- U.S. National Library of Medicine, & National Institutes of Health (2009). Treffer zum Schlagwort "patient satisfaction" Retrieved 3.7.2009, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- Van Der Zouwen, J., & De Leeuw, E. D. (1991). *The Relationship between Mode of Administration and Quality of Data in Survey Research* (31 ed.).
- Ventura, M.-R., Fox, R.-N., Corley, M.-C., & Mercurio, S.-M. (1982). A patient satisfaction measure as a criterion to evaluate primary nursing. [Journal; Peer-Reviewed-Journal; Journal-Article]. *Nursing-Research, 31(4), 226-230*.

- vom Holtz, R. F. (1998). *Der Zusammenhang zwischen Mitarbeiterzufriedenheit und Kundenzufriedenheit*. München: FGM-Verlag.
- von Färber, C. (1991). Patientenorientierung im Krankenhaus - immer noch ein Problem. *Krankenhäus Umschau*, 4, 250-256.
- Vroom, V. H. (1964). *Work and motivation* New York: Wiley.
- Vuori, H. (1991). Patient Satisfaction - Does it matter? *Quality Assurance in Health Care*, 3(3), 183-189.
- Walker, A. H., & Restuccia, J. D. (1984). Obtaining Information on Patient Satisfaction with Hospital Care: Mail versus Telephone. *Health Services Research*.
- Wan, T. T. H., & Soifer, S. J. (1974). Determinants of Physician utilization: A causal analysis. *Journal of Health and Social Behavior*, 15, 100-108.
- Ware, H. E., Davies-Avery, A., & Stewart, A. L. (1978). The measurement and meaning of patient satisfaction. *Health Medical Care Services Review*, 1, 1-15.
- Ware, J.-E., Wright, W. R., Snyder, M.-K., & Chu, G.-C. (1975). Consumer perceptions of health care services: Implications for academic medicine. *Journal of Medical Education*.
- Ware, J. E., & Hays, R. D. (1988). Methods for measuring patient satisfaction with specific medical encounters. *Medical Care*, 26(4), 10.
- Ware, J. E., & Snyder, M. K. (1975). *Dimensions of patient attitudes regarding doctors and medical care services* (Vol. P-5415): Santa Monica Calif. : Rand.
- Ware, J. E., Snyder, M. K., Wright, R., & Davies, A. R. (1983). Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning*.
- Ware, J. E., Snyder, M. K., & Wright, W. R. (1976). Development and validation of scales to measure patient satisfaction with health care services: Volume 1 of a Final Report (Parts A and B). *NCHSR and Southern Illinois School of Medicine*.
- Ware, J. E., Snyder, M. K., & Wright, W. R. (1977). Some issues in the measurement of patient satisfaction with health care services.
- Weiner, B. (1985). An Attributional Theory of Achievement Motivation and Emotion. *Psychological Review*, 92,4, , 548-573.
- Weinert, F. E. (2007). *Richtlinien zur Manuskriptgestaltung* (Vol. 3): Hogrefe Verlag.
- Weiss, G. I. (1988). Patient Satisfaction with Primary Medical Care. *Medical-Care*, 26(4), 383-392.
- Wensing, M., Grol, R., & Smits, A. (1994). Quality Judgements by Patients on general Practice Care: a literature analysis. *Social Science & Medicine*, 38(1), 45-53.

- Westbrook, J., I. (1993). Patient satisfaction; methodological issues and research findings. *Aust Health Rev*, 16/1: 75-88.
- Westphal (1992). Kundenorientierung im Krankenhaus - neue Perspektive für die Pflegenden. . *Die Schwester/ Der Pfleger* 4/96.
- Wikipedia (2009a). Methodentriangulation Retrieved 7.1.2009, 2009, from [http://de.wikipedia.org/wiki/Triangulation_\(Sozialwissenschaften\)#Methodentriangulation](http://de.wikipedia.org/wiki/Triangulation_(Sozialwissenschaften)#Methodentriangulation)
- Wilkinson, H. (1986). Assessment of patient satisfaction and hospice: A review and an investigation. [Journal; Peer-Reviewed-Journal; Journal-Article; Empirical-Study]. *Hospice-Journal*, 2(4), 69-94.
- Williams, B. (1994). Patient satisfaction: A valid concept? [Journal; Peer-Reviewed-Journal; Journal-Article]. *Social-Science-and-Medicine*, 38(4), 509-516.
- Williams, B., Coyle, J., & Healy, D. (1998). The meaning of patient satisfaction: an explanation of high reported levels. *Social Science & Medicine*, 47(Nr. 9), 1351-1359.
- Williams, R. (1975). Relative Deprivation. *In the Idea of Social Structure*, p. 356.
- Williams, S. J., & Calnan, M. (1991). Concergence and divergence: assessing criteria of sonsumer satisfaction across general practice, dental and hospital care settings. *Social Science & Medicine*, 33(10), 707.
- Williams, S. J., & Calnan, M. (1991a). Key Determinants of Consumer Satisfaction with General-Practice. *Family Practice*(3), 237-242 SEP 1991.
- Willson, P., & McNamara, J. (1982). How perceptions of a simulated physician-patient interaction influence intended satisfaction and compliance. [Journal; Peer-Reviewed-Journal; Journal-Article]. *Social-Science-and-Medicine*, 16(19), 1699-1704.
- Wilson, P., & McNamara, J. R. (1982). How perceptions of a simulated physician-patient interaction influence intended satisfaction and compliance. *Soc. Sci. Med.*
- Wolfe, F. (2001). While HAQ Is Best ? C Comparison of th HAQ, MHAQ and RA-HAQ a Difficult 8 Item HAQ (DHAQ), and a Rescored 20 Item HAQ (HAQ20): Analyses in 2491 Rheumatoid Arthritis Patients Following Leflunomide Initiation. *The Journal of Rheumatology*.
- Wolosin, R. J., & Gesell, S. B. (2006). Physician gender and primary care patient satisfaction: no evidence of "feminization". *Qual Manag Health Care*, 15(2), 96-103.
- Wooley, F. R., Kane, R. L., Hughes, C. C., & Wright, D. D. (1978). The effects of doctor-patient communication on satisfaction and outcome of care. *Social Science and Medicine*, 12, 123.

- Wren, G. R., Longest, B. B., Keith, J. H., & Walker, J. R. (1971). Patient Opinion Polls. *Hospitals*.
- Young, G.-J., Meterko, M., & Desai, K.-R. (2000). Patient satisfaction with hospital care: Effects of demographic and institutional characteristics. [Journal; Peer-Reviewed-Journal; Journal-Article; Empirical-Study]. *Medical-Care*, 38(3), 325-334.
- Zahr, L. K., William, S. G., & El-Hadac, A. (1991). Patient satisfaction with nursing care in Alexandria, Egypt. *International Journal of nursing Studies*.
- Zaichkowsky, J. L. (1985a). *Conceptualizing and measuring the involvement construct in marketing*. Ann Arbor, Mich. : University Microfilms International - Dissertation.
- Zaichkowsky, J. L. (1985b). Measuring the involvement construct. *Journal of consumer research*, Vol. 12 (No. 3), 341-352
- Zandbelt, L.-C., & Smets, E.-M. (2007). Medical specialists' patient-centered communication and patient-reported outcomes. [Journal; Peer-Reviewed-Journal; Journal-Article; Empirical-Study; Followup-Study; Quantitative-Study]. *Medical-Care*, 45(4), 330-339.
- Zastowney, T. R., Roghmann, K. L., & Hengst, A. (1983). Satisfaction with medical care<. replications and theoretic reevaluation. *Medic Care*, 21, 294.
- Zastowny, T. R., Roghmann, K. J., & Hengst, A. (1983). Satisfaction with Medical-Care - Replications and Theoretic Reevaluation. *Medical Care*(3), 294-322 1983.
- Zinn, W. (1999). Bestandteil interner Qualitätsentwicklung. *BALK-Info*.
- Zinn, W. (1999). Die Eckpfeiler einer Patientenzufriedenheitsbefragung. *GQMG*, 6(2).
- Zinn, W. (2001). Patientenbefragungen nach dem Modell der Forschungsgruppe Metrik. In W. Satzinger, A. Trojan, P. Kellermann-Mühlhoff, R. Buck, G. Dutin & H. Raspe (Eds.), *Patientenbefragungen in Krankenhäusern. Konzepte, Methoden, Erfahrungen* (pp. 167-180). Sankt Augustin: Asgard Verlag.
- Zinn, W. (2004a). Mitarbeiterbefragung und Mitarbeiterführung. In U. Amon (Ed.), *Qualitätsmanagement in der Arztpraxis : Patientenbindung, Praxisorganisation, Fehlervermeidung* (Vol. 2 Auflage, pp. 79-104). Berlin ; Heidelberg [u.a.]: Springer.
- Zinn, W. (2004b). Qualitätsmanagement in der Pflege. In E. Kellnhauser, S. Schewior-Popp & F. Sitzmann (Eds.), *THIEME's Pflege. Professionalität erleben* (Vol. 10., kompl. überarb. Auflage). Stuttgart: Thieme.
- Zinn, W., & Diefenbach, U. (1999). Kundenorientierung - auch ein Thema für das Gesundheitswesen. *GQMG*, 6(1).
- Zinn, W., Hauck, D. G., & Göllner, R. (2009). Patientenbefragungen im Krankenhaus - Vergleich der Verteilmethode Inhouse- versus Ehemaligenbefragung. *in Druck*.

- Zinn, W., & Messner, T. (2004). Wie müssen Krankenhäuser ihre Beziehungen zu den niedergelassenen Ärzten in Zukunft gestalten? *das Krankenhaus*.
- Zinn, W., & Schena, R. (2000). Patientenbefragung in Krankenhäusern *Das Krankenhaus, Band 1*. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Zinn, W., & Schena, R. (2002). Mitarbeiterbefragung - Mitarbeiterzufriedenheit. *Das Krankenhaus*.

18 Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1 Mindmap als Strukturierungshilfe für diese Studie</i>	10
<i>Abbildung 2 modifiziert nach (Trojan, 1998) S. 16</i>	15
<i>Abbildung 3 Bettenauslastung (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V., 2009)</i>	20
<i>Abbildung 4 Fallzahlen (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V., 2009)</i>	20
<i>Abbildung 5 Entwicklung der Krankenhausbetten bis 2030 (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V., 2009b)</i>	21
<i>Abbildung 6 Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP- Ländervergleich (OECD, 2009)</i>	22
<i>Abbildung 7 Anzahl der Veröffentlichungen zur Zufriedenheit bis 1980 (Huber, 1983) S.1.</i>	30
<i>Abbildung 8 (Kunin, 1955) S. 67</i>	32
<i>Abbildung 9 Abstrahierte Gesichterschemata nach Kunin</i>	32
<i>Abbildung 10 Entstehung der Zufriedenheit modifiziert nach (vom Holtz, 1998) S. 66</i>	42
<i>Abbildung 11 Zufriedenheitstheorie von Bruggemann modifiziert nach Hunstein (Hunstein, 1997) S. 27</i>	44
<i>Abbildung 12 Literatur zum Thema Patientenzufriedenheit (U.S. National Library of Medicine & National Institutes of Health, 2009)</i>	50
<i>Abbildung 13 Ausgewählte Literatur zum Thema Patientenzufriedenheit (U.S. National Library of Medicine & National Institutes of Health, 2009)</i>	51
<i>Abbildung 14 Modell nach Fox und Storm (1981)</i>	70
<i>Abbildung 15 Modell der Patientenzufriedenheit nach Swan (1985) S. 9</i>	72
<i>Abbildung 16 Ergebnisse des Pfadmodells modifiziert nach Swan (1985) S. 15</i>	73
<i>Abbildung 17 Pfadmodell der Patientenzufriedenheit (Abramowitz, et al., 1987) S. 129</i>	74
<i>Abbildung 18 Einfluss des Alters auf die Patientenzufriedenheit (Raleigh, et al., 2004) S. 24</i>	104
<i>Abbildung 19 Itemfunktion (Rost, 2004) S. 115</i>	140
<i>Abbildung 20 Itemfunktionen (Rost, 2004) S. 120</i>	141
<i>Abbildung 21 Birnbaummodell (Rost, 2004) S. 133</i>	142
<i>Abbildung 22 Dreiparametrisches Modell inklusive Ratewahrscheinlichkeit (Bühner, 2006) S. 323</i>	142
<i>Abbildung 23 Kategorienfunktion modifiziert nach (Rost, 2004) S. 204</i>	144
<i>Abbildung 24 ungeordnete Schwellen (Rost, 2004) S. 205</i>	144
<i>Abbildung 25 Kategorienfunktion modifiziert nach (Rost 2004) S. 204</i>	145
<i>Abbildung 26 Abstände der Schwellenparameter im Ratingskalen- Modell (Bühner, 2006) S. 331</i>	146
<i>Abbildung 27 Schwellenparameter im Äquidistanz- Modell modifiziert nach (Bühner, 2006) S. 332</i>	147
<i>Abbildung 28 Schwellenabstände beim Dispersionsmodell modifiziert nach (Rost, 2004) S. 219</i>	147
<i>Abbildung 29 Die Itemprofile von fünf Items in drei Klassen (Rost, 2004) S. 149</i>	149
<i>Abbildung 30 Idealtypische Regressionsanalyse</i>	153
<i>Abbildung 31 Regressionsgerade als Mittelung der Werte</i>	154
<i>Abbildung 32 Punktwolke (J. Bortz, 2004) S.184</i>	154
<i>Abbildung 33 Regressionsmodell ohne Berücksichtigung der Ebenen</i>	156
<i>Abbildung 34 Regressionsmodell ohne Berücksichtigung der Ebenen</i>	157

<i>Abbildung 35 Basismodell DIF</i>	158
<i>Abbildung 36 Darstellung des uniformen DIF- Modells</i>	159
<i>Abbildung 37 Grafische Darstellung des nicht uniformen DIF- Modells</i>	159
<i>Abbildung 38 Aufbau der MTMM- Matrix</i>	161
<i>Abbildung 39 Geschlechtsverteilung des Datenpools 1 und in der Krankenhausstatistik 2006 des Statistischen Bundesamtes</i>	168
<i>Abbildung 40 Vergleich der Altersstruktur des Datenpools 1 und der Krankenhausstatistik 2006 des Statistischen Bundesamtes</i>	169
<i>Abbildung 41 Genese der Themengebiete bei den Zufriedenheitsfragen</i>	192
<i>Abbildung 42 Genese der Themengebiete bei den Erlebnisfragen</i>	196
<i>Abbildung 43 Modell 1 zur Überprüfung der Struktur der Zufriedenheitsfragen durch die CFA</i>	205
<i>Abbildung 44 Modell 2 zur Überprüfung der Struktur der Zufriedenheitsfragen durch die CFA</i>	205
<i>Abbildung 45 Modell 3 und 4 zur Überprüfung der Struktur der Erlebnisfragen durch die CFA</i>	206
<i>Abbildung 46 Operationalisierung Alter</i>	220
<i>Abbildung 47 Operationalisierung Geschlecht</i>	221
<i>Abbildung 48 Vergleichbare Zufriedenheitsfragen Somatik - Psychiatrie</i>	222
<i>Abbildung 49 Vergleichbare Erlebnisfragen Somatik - Psychiatrie</i>	222
<i>Abbildung 50 Vergleichbare Wichtigkeitsfragen Somatik - Psychiatrie</i>	223
<i>Abbildung 51 Weitere vergleichbare Fragen Somatik - Psychiatrie</i>	223
<i>Abbildung 52 Operationalisierung der Bildung über die Schulbildung (Variante 1)</i>	224
<i>Abbildung 53 Operationalisierung der Bildung über die Berufsausbildung (Variante 2)</i>	224
<i>Abbildung 54 Operationalisierung des Einkommens über die berufliche Situation (Variante 1)</i>	225
<i>Abbildung 55 Operationalisierung Einkommen (Variante 2)</i>	225
<i>Abbildung 56 Operationalisierung der sozioökonomischen Klasse</i>	225
<i>Abbildung 57 Operationalisierung der Familiensituation</i>	225
<i>Abbildung 58 Operationalisierung kulturelle Unterschiede und ethnische Zugehörigkeit</i>	226
<i>Abbildung 59 Operationalisierung Schmerzmanagement</i>	226
<i>Abbildung 60 Operationalisierung subjektiver Gesundheitszustand (Variante 1)</i>	226
<i>Abbildung 61 Operationalisierung subjektiver Gesundheitszustand (Variante 2)</i>	227
<i>Abbildung 62 Operationalisierung der Erwartungen</i>	227
<i>Abbildung 63 Altersverteilung Datenpool 1</i>	229
<i>Abbildung 64 Geschlechtsverteilung Datenpool 1</i>	232
<i>Abbildung 65 Verteilung der Fachabteilungen - Datenpool 1</i>	235
<i>Abbildung 66 Krankenhausart (Psychiatrie versus Somatik) Verteilung - Datenpool 1 und 4</i>	238
<i>Abbildung 67 Operationalisierung der Bildung über die Schulbildung (Variante 1)</i>	240
<i>Abbildung 68 Bildung (Schule) Variante 1 Verteilung - Datenpool 2</i>	241
<i>Abbildung 69 Operationalisierung der Bildung über die Berufsausbildung (Variante 2)</i>	243
<i>Abbildung 70 Bildung (Ausbildung) Variante 2 Verteilung - Datenpool 2</i>	243
<i>Abbildung 71 Operationalisierung des Einkommens über die berufliche Situation (Variante 1)</i>	246
<i>Abbildung 72 Einkommen Variante 1 Verteilung - Datenpool 2</i>	246
<i>Abbildung 73 Operationalisierung Einkommen (Variante 2)</i>	249

<i>Abbildung 74</i>	<i>Einkommen Variante 2 – Finanzielle Situation: Verteilung - Datenpool 2</i>	249
<i>Abbildung 75</i>	<i>sozioökonomische Klasse Verteilung - Datenpool 2</i>	252
<i>Abbildung 76</i>	<i>familiäre Situation Verteilung - Datenpool 2</i>	254
<i>Abbildung 77</i>	<i>kulturelle Unterschiede und ethnische Zugehörigkeit Verteilung - Datenpool 2</i>	257
<i>Abbildung 78</i>	<i>Schmerz Verteilung - Datenpool 2</i>	260
<i>Abbildung 79</i>	<i>Operationalisierung Subjektiver Gesundheitszustand (Variante 1)</i>	262
<i>Abbildung 80</i>	<i>Verteilung der Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands Variante 1-Datenpool 1</i>	263
<i>Abbildung 81</i>	<i>Operationalisierung Subjektiver Gesundheitszustand (Variante 2)</i>	265
<i>Abbildung 82</i>	<i>Gesundheitszustand Variante 2 Verteilung - Datenpool 2</i>	266
<i>Abbildung 83</i>	<i>Erlebnisse ärztlicher Bereich - Personenkennwerte der PTT</i>	274
<i>Abbildung 84</i>	<i>Erlebnisse pflegerischer Bereich - Personenkennwerte der PTT</i>	274
<i>Abbildung 85</i>	<i>Verteilung der Wichtigkeitsfrage „Die pflegerische Betreuung ist mir ...“</i>	275
<i>Abbildung 86</i>	<i>Verteilung der Wichtigkeitsfrage „Die ärztliche Betreuung ist mir ...“</i>	275
<i>Abbildung 87</i>	<i>Interpretationshilfe der Ergebnisdarstellung</i>	354
<i>Abbildung 88</i>	<i>Operationalisierung der Bildung über die Schulbildung (Variante 1)</i>	359
<i>Abbildung 89</i>	<i>Operationalisierung der Bildung über die Berufsausbildung (Variante 2)</i>	360
<i>Abbildung 90</i>	<i>Operationalisierung des Einkommens über die berufliche Situation (Variante 1)</i>	361
<i>Abbildung 91</i>	<i>Operationalisierung Einkommen (Variante 2)</i>	362
<i>Abbildung 92</i>	<i>Operationalisierung Subjektiver Gesundheitszustand (Variante 1)</i>	367
<i>Abbildung 93</i>	<i>Operationalisierung Subjektiver Gesundheitszustand (Variante 2)</i>	368

19 Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1 Dimensionen der Patientenzufriedenheit nach Santuzzi, Brodnik et al. (2009)</i>	76
<i>Tabelle 2 Studien zur Validität der Patientenbefragung</i>	87
<i>Tabelle 3 Ergebnisadjustierung (Centers for Medicare and Medicare Services CMS, 2009d) S. 5</i>	
<i>Tabelle 2</i>	105
<i>Tabelle 4 Ältere Menschen sind zufriedener</i>	108
<i>Tabelle 5 Ältere Menschen sind zufriedener - spezifische Aspekte</i>	109
<i>Tabelle 6 Kein Zusammenhang zwischen Alter und Patientenzufriedenheit</i>	109
<i>Tabelle 7 Ältere Menschen sind unzufriedener</i>	110
<i>Tabelle 8 Frauen sind zufriedener</i>	111
<i>Tabelle 9 Kein Zusammenhang zwischen Geschlecht und Patientenzufriedenheit</i>	112
<i>Tabelle 10 Männer sind zufriedener</i>	112
<i>Tabelle 11 Zusammenhang zwischen psychischen Erkrankungen und Patientenzufriedenheit</i>	113
<i>Tabelle 12 Höhere Bildung ist mit höherer Patientenzufriedenheit verknüpft</i>	114
<i>Tabelle 13 Kein Zusammenhang zwischen Bildung und Patientenzufriedenheit</i>	115
<i>Tabelle 14 Höhere Bildung ist mit niedrigerer Patientenzufriedenheit verknüpft</i>	115
<i>Tabelle 15 Höheres Einkommen ist mit höherer Patientenzufriedenheit verknüpft</i>	116
<i>Tabelle 16 Kein Zusammenhang zwischen Einkommen und Patientenzufriedenheit</i>	117
<i>Tabelle 17 Höheres Einkommen ist mit niedrigerer Patientenzufriedenheit verknüpft</i>	117
<i>Tabelle 18 Höhere sozioökonomische Klasse ist mit höherer Patientenzufriedenheit verknüpft</i>	118
<i>Tabelle 19 Kein Zusammenhang zwischen sozioökonomischer Klasse und Patientenzufriedenheit</i>	118
<i>Tabelle 20 Kein Zusammenhang zwischen Familienstand und Patientenzufriedenheit</i>	119
<i>Tabelle 21 Zusammenhang zwischen Familiengröße und Patientenzufriedenheit</i>	120
<i>Tabelle 22 Kein Zusammenhang zwischen Rasse und Patientenzufriedenheit</i>	120
<i>Tabelle 23 Höhere Zufriedenheit von ethnischen Minderheiten oder Farbigen</i>	121
<i>Tabelle 24 Niedrigere Zufriedenheit von ethnischen Minderheiten oder Farbigen</i>	121
<i>Tabelle 25 Zusammenhang zwischen subjektivem Gesundheitszustand und Patientenzufriedenheit</i>	124
<i>Tabelle 26 Erwartungen und Patientenzufriedenheit</i>	125
<i>Tabelle 27 Klassifikation der Effektgrößen</i>	164
<i>Tabelle 28 Anzahl der Projekte der Forschungsgruppe Metrik (Stand Januar 2009)</i>	167
<i>Tabelle 29 Altersstruktur des Datenpools 1 und der Krankenhausstatistik 2006 des Statistischen Bundesamtes</i>	169
<i>Tabelle 30 Verteilung der Patientenfragebogen auf die Einrichtungen</i>	170
<i>Tabelle 31 Verteilung des Zusatzdatenpools klassische personengebundene Merkmale</i>	171
<i>Tabelle 32 Verteilung des Zusatzdatenpools Schmerz erleben der Patienten</i>	172
<i>Tabelle 33 Verteilung des Zusatzdatenpools Psychiatrie</i>	173
<i>Tabelle 34 Verteilung des Zusatzdatenpools Retest- Reliabilität</i>	174
<i>Tabelle 35 Verteilung der Anzahl der ehemaligen Patienten zur Inhousebefragung</i>	175

<i>Tabelle 36 Kennwerte der Fragebögen mit 2-er, 4-er und 6-er Skalierung</i>	179
<i>Tabelle 37 Themengebiete gemäß der Literatur im Vergleich zum verwendeten Fragebogen</i>	181
<i>Tabelle 38 Zuordnung der Zufriedenheitsfragen zu den Themengebieten</i>	183
<i>Tabelle 39 Zuordnung der Wichtigkeitsfragen zu den Themengebieten</i>	184
<i>Tabelle 40 Erklärung der Faktorenanalytischen Verlaufsmatrix</i>	190
<i>Tabelle 41 Verlaufsmatrix der Zufriedenheitsfragen</i>	191
<i>Tabelle 42 Abweichende Zuordnung der Zufriedenheitsfragen</i>	193
<i>Tabelle 43 Zusammenschlüsse von Fragen</i>	193
<i>Tabelle 44 Neue Zuordnung einzelner Fragen</i>	194
<i>Tabelle 45 Verlaufsmatrix der Erlebnisfragen</i>	195
<i>Tabelle 46 Themengebiete der Reportfragen und die dazugehörigen Fragen</i>	197
<i>Tabelle 47 Faktorenverlauf der Wichtigkeitsfragen</i>	198
<i>Tabelle 48 Zuordnung der Wichtigkeitsfragen zu Themengebieten</i>	199
<i>Tabelle 49 Zuordnung der Zufriedenheitsfragen zu den latenten Variablen</i>	200
<i>Tabelle 50 Ergebnisse 1 - Konstruktvalidierung der Zufriedenheitsfragen mittels der Probabilistischen Testtheorie</i>	201
<i>Tabelle 51 Ergebnisse 2 - Konstruktvalidierung der Zufriedenheitsfragen mittels der Probabilistischen Testtheorie</i>	202
<i>Tabelle 52 Zuordnung der Erlebnisfragen zu den latenten Variablen</i>	203
<i>Tabelle 53 Ergebnisse 1 - Konstruktvalidierung der Erlebnisfragen mittels der Probabilistischen Testtheorie</i>	204
<i>Tabelle 54 Ergebnisse der CFA Vergleich von Modell 1 und Modell 2</i>	206
<i>Tabelle 55 Ergebnisse der CFA Vergleich von Modell 3 und Modell 4</i>	207
<i>Tabelle 56 Ergebnis der Multitrait- Multimethod Analyse</i>	210
<i>Tabelle 57 Interne Reliabilität des Patientenfragebogens</i>	212
<i>Tabelle 58 Veränderungen des Cronbachs Alpha bezüglich der Fragen zur ärztlichen Versorgung</i>	213
<i>Tabelle 59 Retest- Reliabilitäten der Zufriedenheitsfragen</i>	214
<i>Tabelle 60 Retest- Reliabilitäten der Erlebnisfragen</i>	215
<i>Tabelle 61 Retest- Reliabilitäten der Wichtigkeitsfragen</i>	215
<i>Tabelle 62 Anteil der erklärten Varianz der Fragen durch die verschiedenen Ebenen - Datenpool 1</i>	217
<i>Tabelle 63 Erklärter Varianzanteil der Zufriedenheitsfragen durch die Ebenen – Vergleich von Datenpool 1 und 2</i>	219
<i>Tabelle 64 Alter: Range der Gruppenmittelwerte</i>	230
<i>Tabelle 65 Alter: Signifikanzniveau KTT</i>	230
<i>Tabelle 66 Alter: Effektgröße KTT</i>	231
<i>Tabelle 67 Alter: Differenz des r^2 unter Zuhilfenahme der PTT minus r^2 KTT</i>	231
<i>Tabelle 68 Geschlecht: Range der Gruppenmittelwerte</i>	232
<i>Tabelle 69 Geschlecht: Signifikanzniveau KTT</i>	233
<i>Tabelle 70 Geschlecht: Effektgröße KTT</i>	233
<i>Tabelle 71 Geschlecht: Differenz des r^2 unter Zuhilfenahme der PTT minus r^2 KTT</i>	234
<i>Tabelle 72 Krankheitsbilder somatischer Bereich: Range der Gruppenmittelwerte</i>	235

<i>Tabelle 73 Krankheitsbilder somatischer Bereich: Signifikanzniveau KTT</i>	236
<i>Tabelle 74 Krankheitsbilder somatischer Bereich: Effektgröße KTT</i>	237
<i>Tabelle 75 Krankheitsbild Somatik: Differenz des r^2 unter Zuhilfenahme der PTT minus r^2 KTT</i>	237
<i>Tabelle 76 Krankenhausart (Psychiatrie versus Somatik): Fragen mit Mittelwertsdifferenzen zwischen den Gruppen über 0,2</i>	238
<i>Tabelle 77 Fragen, auf die die Krankenhausart (Psychiatrie versus Somatik) einen Effekt hat</i>	239
<i>Tabelle 78 Bildung (Schule) - Range der Gruppenmittelwerte (Variante 1)</i>	241
<i>Tabelle 79 Bildung (Schule) - Signifikanzniveau KTT (Variante 1)</i>	242
<i>Tabelle 80 Bildung (Schule) - Effektgröße KTT (Variante 1)</i>	242
<i>Tabelle 81 Bildung (Schule) - Differenz des r^2 unter Zuhilfenahme der PTT minus r^2 KTT (Variante 1)</i>	243
<i>Tabelle 82 Bildung (Ausbildung) - Range der Gruppenmittelwerte (Variante 2)</i>	244
<i>Tabelle 83 Bildung (Ausbildung) - Signifikanzniveau KTT (Variante 2)</i>	244
<i>Tabelle 84 Bildung (Ausbildung) - Effektgröße KTT (Variante 2)</i>	245
<i>Tabelle 85 Bildung (Ausbildung) - Differenz des r^2 unter Zuhilfenahme der PTT minus r^2 KTT (Variante 2)</i>	245
<i>Tabelle 86 Einkommen V1 - Berufstätigkeit: Range der Gruppenmittelwerte</i>	247
<i>Tabelle 87 Einkommen Beruf - Signifikanzniveau KTT (Variante 1)</i>	247
<i>Tabelle 88 Einkommen Beruf - Effektgröße KTT (Variante 1)</i>	248
<i>Tabelle 89 Einkommen: Beruf - Differenz des r^2 unter Zuhilfenahme der PTT minus r^2 KTT (Variante 1)</i>	248
<i>Tabelle 90 Einkommen - Finanzielle Situation: Range der Gruppenmittelwerte (Variante 2)</i>	250
<i>Tabelle 91 Einkommen finanzielle Situation - Signifikanzniveau KTT (Variante 2)</i>	250
<i>Tabelle 92 Einkommen finanzielle Situation - Effektgröße KTT (Variante 2)</i>	251
<i>Tabelle 93 Einkommen finanzielle Situation - Differenz des r^2 unter Zuhilfenahme der PTT minus r^2 KTT (Variante 2)</i>	251
<i>Tabelle 94 Sozioökonomischen Klasse - Range der Gruppenmittelwerte</i>	252
<i>Tabelle 95 Sozioökonomische Klasse - Signifikanzniveau KTT</i>	253
<i>Tabelle 96 Sozioökonomische Klasse - Effektgröße KTT</i>	253
<i>Tabelle 97 Sozioökonomische Klasse - Differenz des r^2 unter Zuhilfenahme der PTT minus r^2 KTT</i>	254
<i>Tabelle 98 familiäre Situation - Rang der Gruppenmittelwerte</i>	255
<i>Tabelle 99 familiäre Situation - Signifikanzniveau KTT</i>	255
<i>Tabelle 100 familiäre Situation - Effektgröße KTT</i>	256
<i>Tabelle 101 familiäre Situation - Skalen, bei denen das r^2 PTT größer ist, als das r^2 KTT</i>	256
<i>Tabelle 102 kulturelle Unterschiede und ethnische Zugehörigkeit - Range der Gruppenmittelwerte</i>	258
<i>Tabelle 103 kulturelle Unterschiede und ethnische Zugehörigkeit - Signifikanzniveau KTT</i>	258
<i>Tabelle 104 kulturelle Unterschiede und ethnische Zugehörigkeit - Effektgröße KTT</i>	259
<i>Tabelle 105 kulturelle Unterschiede und ethnische Zugehörigkeit - Differenz des r^2 unter Zuhilfenahme der PTT minus r^2 KTT</i>	259
<i>Tabelle 106 Schmerz - Range der Gruppenmittelwerte</i>	260
<i>Tabelle 107 Schmerz - Signifikanzniveau KTT</i>	261

Tabelle 108	Schmerz - Effektgröße KTT	261
Tabelle 109	Schmerz - Differenz des r^2 unter Zuhilfenahme der PTT minus r^2 KTT	262
Tabelle 110	Subjektiver Gesundheitszustand - Range der Gruppenmittelwerte (Variante 1)	263
Tabelle 111	Subjektiver Gesundheitszustand - Signifikanzniveau KTT (Variante 1)	264
Tabelle 112	Subjektiver Gesundheitszustand - Effektgröße KTT (Variante 1)	264
Tabelle 113	Subjektiver Gesundheitszustand - Differenz des r^2 unter Zuhilfenahme der PTT minus r^2 KTT (Variante 1)	265
Tabelle 114	Subjektiver Gesundheitszustand - Range der Gruppenmittelwerte (Variante 2)	266
Tabelle 115	Subjektive Gesundheitszustand - Signifikanzniveau KTT (Variante 2)	267
Tabelle 116	Subjektive Gesundheitszustand - Effektgröße KTT (Variante 2)	268
Tabelle 117	Subjektiver Gesundheitszustand - Differenz des r^2 unter Zuhilfenahme der PTT minus r^2 KTT (Variante 2)	268
Tabelle 118	r^2 der einzelnen Einflussfaktor und r^2 mit allen Variablen	270
Tabelle 119	Zusammenfassende Ergebnisse p von r^2	271
Tabelle 120	Zusammenfassende Ergebnisse Effektgrößen	272
Tabelle 121	Zusammenfassende Ergebnisse r^2 PTT- r^2 KTT	273
Tabelle 122	Einfluss der Erwartungen auf die Patientenzufriedenheit	276
Tabelle 123	Legende zur Abbildung 87	354
Tabelle 124	Ergebnisse Einflussfaktor Alter	355
Tabelle 125	Ergebnisse Einflussfaktor Geschlecht	356
Tabelle 126	Ergebnisse Einflussfaktor Krankheitsbilder im somatischen Bereich	357
Tabelle 127	Ergebnisse Einflussfaktor Krankenhausart	358
Tabelle 128	Ergebnisse Einflussfaktor Bildung (Schule) (Variante 1)	359
Tabelle 129	Ergebnisse Einflussfaktor Bildung (Ausbildung) (Variante 2)	360
Tabelle 130	Ergebnisse Einflussfaktor Einkommen (Variante 1)	361
Tabelle 131	Ergebnisse Einflussfaktor Einkommen (Variante 2)	362
Tabelle 132	Ergebnisse Einflussfaktor sozioökonomische Klasse	363
Tabelle 133	Ergebnisse Einflussfaktor familiäre Situation	364
Tabelle 134	Ergebnisse Einflussfaktor kulturelle Unterschiede und ethnische Zugehörigkeit	365
Tabelle 135	Ergebnisse Einflussfaktor Schmerz	366
Tabelle 136	Einflussfaktor: Subjektiver Gesundheitszustand (Variante 1)	367
Tabelle 137	Ergebnisse Einflussfaktor subjektiver Gesundheitszustand (Variante 2)	368
Tabelle 138	Interaktionen zwischen den verschiedenen Einflussfaktoren	369
Tabelle 139	Zusammenfassende Ergebnisse: r^2 durch die Klassische Testtheorie ermittelt	370
Tabelle 140	Zusammenfassende Ergebnisse p von r^2	371
Tabelle 141	Zusammenfassende Ergebnisse Effektgrößen	372
Tabelle 142	Zusammenfassende Ergebnisse r^2 PTT- r^2 KTT	373

20 Gleichungsverzeichnis

<i>Gleichung 1</i>	<i>Zufriedenheitsindex der Hawthorne- Studien</i>	31
<i>Gleichung 2</i>	<i>Modell nach Fishbein and Ajzen (1975)</i>	68
<i>Gleichung 3</i>	<i>Regressionsgleichung der einfachen linearen Regression</i>	153
<i>Gleichung 4</i>	<i>Regressionsgleichung der multiplen Regression</i>	154
<i>Gleichung 5</i>	<i>Regressionsgleichung zur Prüfung der Interaktion zwischen X_1 und X_2</i>	155
<i>Gleichung 6</i>	<i>Berechnung der Effektgröße bei der einfachen linearen Regression</i>	163

21 Anhang A - Soziodemografische Zusatzfragen

Zwecks wissenschaftlicher Statistik bitten wir Sie noch um folgende persönliche Angaben:

E. Über welchen Bildungsabschluss verfügen Sie?

(Bitte den höchsten Abschluss ankreuzen)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Keinen Schulabschluss | <input type="checkbox"/> Hauptschule |
| <input type="checkbox"/> Realschule | <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife / Fachabitur |
| <input type="checkbox"/> Allgemeine Hochschulreife / Abitur | |

F. Welche Berufsausbildung haben Sie gemacht?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Keine Berufsausbildung | <input type="checkbox"/> Abgeschlossene Lehre |
| <input type="checkbox"/> Abgeschlossenes Studium | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |

G. Berufliche Situation:

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Rentner | <input type="checkbox"/> Berufstätig |
| <input type="checkbox"/> Arbeitslos | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |

H. Sind Sie privat versichert?:

- ja nein

I. Was ist Ihre Muttersprache?

- Deutsch Andere: _____

- | | | | | | | |
|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | <i>erstklassig</i> | <i>sehr gut</i> | <i>befriedigend</i> | <i>gut</i> | <i>schlecht</i> |
| J | Wie beurteilen Sie Ihre finanzielle Situation ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| K | Wie beurteilen Sie Ihre private Situation ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L | Unabhängig von diesem Krankenhausaufenthalt, wie beurteilen Sie Ihren grundsätzlichen Gesundheitszustand ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

22 Anhang B - Zusatzfragen zum Thema Schmerz

Ich hatte während meines Aufenthaltes Schmerzen. ja nein

ich je erlebt habe *das Beste, was* *sehr gut* *gut* *akzeptabel* *schlecht*

Die Wirksamkeit, mit der meine Schmerzen gelindert werden, ist ...

Der Erfolg, mit dem meine Schmerzen nach der Operation gelindert wurden, ist ...

Als ich Schmerzen hatte, konnte ich die Menge der Schmerzmittel selber bestimmen.

ja *teils/teils* *nein*

Der Verbandswechsel durch das Pflegepersonal ist schmerzarm.

immer *oft* *selten* *nie*

Das Pflegepersonal verabreicht die Spritzen schmerzarm.

Wenn ich gegenüber dem Pflegepersonal über Schmerzen klage, nimmt man sich meines Problems sofort an.

Beurteilen Sie spontan, wie **wichtig** folgende Aspekte für Sie sind:

Die erfolgreiche Schmerzlinderung ist mir ...

einer der wichtigsten Aspekte überhaupt *sehr wichtig* *eher wichtig* *eher unwichtig*

23 Anhang C - Standardpatientenfragebogen 2005

16025 123 101 111 16025

Ihre Meinung ist uns wichtig!

Fragebogen zur Erfassung der Patientenzufriedenheit

**Beispielkrankenhaus
Standard 2005**

Station 10

LOGO

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

wir führen in unserem Krankenhaus eine Befragung über die Zufriedenheit der Patienten¹ durch. In diesem Zusammenhang möchten wir auch Sie befragen.

Ihre offene Meinung ist uns wichtig, über Verbesserungsvorschläge und Kritik freuen wir uns sehr! Ihre Antworten werden selbstverständlich anonym und vertraulich behandelt. Zur Sicherung der Anonymität bitten wir Sie, den Fragebogen in die vorbereitete Sammelbox zu stecken.

Die Beantwortung des Fragebogens wird einige Minuten in Anspruch nehmen. Die gewissenhafte Beantwortung der Fragen gibt uns die Möglichkeit, die Qualität der Versorgung zum Wohle aller Patienten kontinuierlich zu steigern. Wir bedanken uns schon jetzt recht herzlich für Ihre Mitarbeit.

***Beantworten Sie bitte, soweit es Ihnen möglich ist, jede Frage!
Fragen, die für Sie nicht zutreffen, lassen Sie bitte aus.***

Vielen Dank !

¹ Bei Personenbezeichnungen wird zur besseren Lesbarkeit die männliche Form verwendet, selbstverständlich sind dabei immer Frauen und Männer gemeint.

	<i>ich je erlebt habe</i>	<i>das Beste, was</i>	<i>sehr gut</i>	<i>gut</i>	<i>akzeptabel</i>	<i>schlecht</i>
1. Die Ausschilderung und die Möglichkeit, sich im Haus zu orientieren, sind ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Die Verständlichkeit der Aufnahmeformulare ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Die Freundlichkeit des Personals bei der Aufnahme ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Die Berücksichtigung meiner Sorgen und Ängste durch das Pflegepersonal ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Die Offenheit der Pflegekräfte für Anregungen und Verbesserungsvorschläge ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Die tägliche Unterstützung durch das Pflegepersonal ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Die Auskünfte der Pflegekräfte der Station über die Abläufe im Krankenhaus sind ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Die Freundlichkeit des Pflegepersonals ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Die Wahrung meiner Intimsphäre durch das Personal ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Die Einfühlsamkeit, mit der mir die Diagnosen mitgeteilt werden, ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Der Umgang der Ärzte mit meinen Fragen während der Visite ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Die Aufklärung durch die Ärzte über Behandlung und Verlauf meiner Krankheit ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Die Freundlichkeit der Ärzte ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Die Wirksamkeit, mit der meine Schmerzen gelindert werden, ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Der Erfolg der Behandlung ist bis jetzt ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Die Wartezeiten (Röntgen, Labor, OP, Visiten...) sind ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Meine Erfahrungen mit der Röntgenabteilung sind ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Meine Erfahrungen mit den anderen Funktionsbereichen (EKG, Endoskopie, Sonographie, ...) sind ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | <i>ich je erlebt habe</i> | <i>das Beste, was</i> | <i>sehr gut</i> | <i>gut</i> | <i>akzeptabel</i> | <i>schlecht</i> |
|---|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 19. Die Angemessenheit der Informationen für meine Angehörigen ist ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Die Patientenzimmer sind ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Die hygienischen Verhältnisse sind ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Die Cafeteria / der Kiosk ist / sind ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Das Essen ist ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Die Vorbereitung auf meine Entlassung aus dem Krankenhaus ist ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Die Aufklärung über Komplikationen meiner Krankheit, auf die ich nach meiner Entlassung achten muss, ist ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Mein Gesamturteil aufgrund all meiner Erfahrungen, die ich bis jetzt mit diesem Krankenhaus gemacht habe, ist ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Ich werde dieses Krankenhaus weiterempfehlen als ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | <i>immer</i> | <i>oft</i> | <i>selten</i> | <i>nie</i> |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Ich habe volles Vertrauen zu den Ärzten. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Die Ärzte sind da, wenn ich sie brauche. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Die Ärzte sind gesprächsbereit. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Es wird <u>mit</u> mir gesprochen, nicht <u>über</u> mich. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Ich kann meine Behandlung aktiv mitbestimmen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Ich habe volles Vertrauen zum Pflegepersonal. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) Die Pflegekräfte sind da, wenn ich sie brauche. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) Das Pflegepersonal ist gesprächsbereit. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i) Bei Bedarf bekomme ich rechtzeitig Hilfe, um auf die Toilette zu gelangen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j) Das Personal nimmt sich Zeit für mich. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k) Mein Schlaf wird durchs Personal gestört. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l) Ich werde durch Zigarettenrauch belästigt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m) Bis jemand erscheint, muss ich nach dem Drücken der Klingel ca. <input type="text"/> Minuten warten. | | | | |

n) Bis ich Schmerzmittel bekomme, muss ich ca. Minuten warten.

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | ja | teilweise | nein |
| o) Ich kenne den Namen des Arztes, der mich behandelt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| p) Ich bin gut in der Lage, die Situation nach meinem Krankenhausaufenthalt zu bewältigen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

	zu lang	angemessen	zu kurz
q) Mein Krankenhausaufenthalt ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beurteilen Sie spontan, wie **wichtig** folgende Aspekte für Sie sind:

- | | | | | |
|--|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | einer der wichtigsten Aspekte überhaupt | sehr wichtig | eher wichtig | eher unwichtig |
| I. Die Qualität des Essens ist mir ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| II. Die hygienischen Verhältnisse im Krankenhaus sind mir ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| III. Der Gesamtzustand der Zimmer ist mir ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| IV. Die Cafeteria / der Kiosk ist / sind mir ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| V. Die pflegerische Betreuung ist mir ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| VI. Die ärztliche Betreuung ist mir ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| VII. Geringe Wartezeiten sind mir ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| VIII. Die erfolgreiche Schmerzlinderung ist mir ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| IX. Eine reibungslose Aufnahme ist mir ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| X. Die Art und Weise, wie meine Angehörigen mit einbezogen werden, ist mir ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| XI. Die Funktionsbereiche (EKG, Röntgen, Krankengymnastik, ...) sind mir ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| XII. Die sorgfältige Vorbereitung der Entlassung ist mir ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Diesen Bereich können Sie ausfüllen:

A. Ich bin jetzt seit Tagen im Krankenhaus.

B. Meinen aktuellen Gesundheitszustand beurteile ich folgendermaßen:

sehr gut

eher gut

eher schlecht

schlecht

C. Wie kamen Sie in dieses Krankenhaus:

Auf Empfehlung des Arztes Auf persönlichen Wunsch

Notfallaufnahme Sonstiges: _____

D. Noch zwei Fragen zu Ihrer Person:

Alter: Jahre

Geschlecht: weiblich
 männlich

Wenn Sie an dieses Krankenhaus denken, was ist Ihr größtes Ärgernis?

Bitte deutlich schreiben (Druckbuchstaben)

Was schätzen Sie in diesem Krankenhaus am meisten?

Station 10 123 101 111

Wie beurteilen Sie diesen Fragebogen?

das Beste, was
ich je erlebt habe

sehr gut

gut

akzeptabel

schlecht

24 Anhang D - Vergleichbare Psychiatriefragen

Fragen aus dem Psychiatriefragebogen, die mit den Fragen aus dem Standardfragebogen vergleichbar sind.

	<i>ich je erlebt habe</i>	<i>das Beste, was</i>	<i>sehr gut</i>	<i>gut</i>	<i>akzeptabel</i>	<i>schlecht</i>
Die Art und Weise, wie meine Gefühle (Hoffnungen, Ängste, Sorgen) vom Personal respektiert werden, ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Offenheit des Stationsteams für Anregungen und Verbesserungsvorschläge ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die tägliche Unterstützung durch das Pflegepersonal ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Auskünfte des Pflegepersonals über die Abläufe in der Klinik sind ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Wahrung meiner Privatsphäre durch das Stationsteam ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Einfühlsamkeit, mit der ich über meine Erkrankung informiert wurde, ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Ausschilderung und die Möglichkeit, sich im Haus / Gelände zu orientieren, ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Patientenzimmer sind ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Essen ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Sauberkeit ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Art und Weise, wie meine Angehörigen in die Behandlung mit einbezogen werden, ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Vorbereitung auf meine Entlassung ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Ruf dieser Einrichtung ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Erfolg der Behandlung ist bis jetzt ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Gesamturteil aufgrund all meiner Erfahrungen mit dieser Einrichtung ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>immer</i>	<i>oft</i>	<i>selten bis nie</i>			
a) Ich habe volles Vertrauen zu den Ärzten / Therapeuten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
b) Ich habe volles Vertrauen zum Pflegepersonal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
c) Es wird <u>mit</u> mir gesprochen, nicht <u>über</u> mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Beurteilen Sie spontan, wie **wichtig** folgende Aspekte für Sie sind:

einer der wichtigsten Aspekte überhaupt
sehr wichtig
eher wichtig
eher unwichtig

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| I. Eine reibungslose Aufnahme ist mir ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| II. Die Qualität des Essens ist mir ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| III. Die Sauberkeit in dieser Einrichtung ist mir ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| IV. Der Gesamtzustand der Zimmer und des Gebäudes ist mir ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| V. Die pflegerische Betreuung ist mir ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| VI. Die ärztlich-therapeutische Betreuung ist mir ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| VII. Die Art und Weise, wie meine Angehörigen einbezogen werden, ist mir... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| VIII Die sorgfältige Vorbereitung der Entlassung ist mir ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

A. Ich bin jetzt seit Tagen im Krankenhaus

B. Wie kamen Sie in dieses Krankenhaus:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Auf Empfehlung des Arztes | <input type="checkbox"/> Auf persönlichen Wunsch |
| <input type="checkbox"/> Notfallaufnahme | <input type="checkbox"/> Gegen meinen Willen |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | |

C. Meinen aktuellen Gesundheitszustand beurteile ich folgendermaßen

sehr gut	eher gut	eher schlecht	schlecht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E. Alter: Geschlecht: weiblich
 männlich

Wie beurteilen Sie diesen Fragebogen:

das Beste, was ich je erlebt habe	sehr gut	gut	akzeptabel	schlecht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25 Anhang E Metrik Standardfragebogen 1997

	<i>ich je erlebt habe</i>	<i>das Beste, was</i>	<i>sehr gut</i>	<i>akzeptabel</i>	<i>gut</i>	<i>schlecht</i>
1. Die Art und Weise, wie auf meine Wünsche eingegangen wird, ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Die Berücksichtigung meiner Sorgen und Ängste ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Die Erhaltung meiner Selbstbestimmung ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Die Offenheit des Krankenhauspersonals für Anregungen und Verbesserungsvorschläge ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Die Reaktionszeit auf mein Klingeln ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Die tägliche Unterstützung des Pflegepersonals ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Die Art und Weise, wie das Stationsteam zusammenarbeitet, ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Die Auskünfte der Pflegekräfte der Station über die Abläufe im Krankenhaus sind ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Der Informationsfluß zwischen Früh-, Spät- und Nachtschicht ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Das Essen ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Die hygienischen Verhältnisse sind ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Die Anzahl der Aufenthaltsräume ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Die Unterhaltungsangebote in der Klinik sind ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Die Atmosphäre der Cafeteria ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Die Ausstattung des Kiosks ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Die Patientenzimmer sind ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Der Gesamteindruck, den das Klinikgebäude vermittelt, ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Die Verständlichkeit der Diagnosen ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Die Einfühlsamkeit mit der mir die Diagnosen mitgeteilt werden, ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Die Offenheit der Ärzte bei der Visite für meine Fragen ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<i>ich je erlebt habe</i>	<i>das Beste, was</i>	<i>sehr gut</i>	<i>gut</i>	<i>akzeptabel</i>	<i>schlecht</i>
21. Die Aufklärung durch die Ärzte über Behandlung und Verlauf meiner Krankheit ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Der Erfolg der Behandlung ist bis jetzt ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Die Kontaktmöglichkeiten zu Mitpatienten sind ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Die Möglichkeit, Sorgen und Probleme mit Patienten auszutauschen, die ein ähnliches Krankheitsbild haben, sind ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Die fehlende Hektik im Stationsalltag ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Die Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen im Krankenhaus (Ärzte, Pflege, Verwaltung) ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Die Wartezeiten (Röntgen, Labor, OP, Visiten,...) sind ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Die Dauer der Untersuchungen und Behandlungen ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Die notwendige Bearbeitungszeit bei den Aufnahmeformalitäten ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Die Verständlichkeit der Aufnahmeformulare ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Die Regelung der Besuchszeiten ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Die Angemessenheit der Informationen für meine Angehörigen ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Die Art und Weise, wie meine Angehörigen in meine Behandlung und Versorgung einbezogen werden, ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Ich werde dieses Krankenhaus weiterempfehlen als ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Die Vorbereitung auf meine Entlassung aus dem Krankenhaus ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Die Aufklärung über Warnsignale meiner Krankheit, auf die ich nach meiner Entlassung achten muß, ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beurteilen Sie spontan, wie wichtig folgende Aspekte für Sie sind:

	<i>das Wichtigste überhaupt</i>	<i>sehr wichtig</i>	<i>eher wichtig</i>	<i>eher unwichtig</i>
37. Die Fürsorge des Stationsteams ist für mich ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Die Qualität des Essens ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Die Sauberkeit im Krankenhaus ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Der Gesamtzustand der Zimmer und des Gebäudes ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Die pflegerische Betreuung ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Die ärztliche Betreuung ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Die Kontaktmöglichkeiten zu Mitpatienten sind mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Geringe Wartezeiten sind mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Eine reibungslose Aufnahme ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Eine gute Angehörigenintegration ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Die sorgfältige Vorbereitung der Entlassung ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nehmen Sie sich bitte etwas Zeit und geben Sie eine Gesamtbeurteilung aufgrund all Ihrer Erfahrungen mit diesem Krankenhaus.

GESAMTURTEIL:

das Beste, was ich je erlebt habe	sehr zufrieden	eher zufrieden	eher un- zufrieden	sehr un- zufrieden	das Schlech- teste, was ich je erlebt habe	kann ich nicht beurteilen, weil:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

26 Anhang E -Metrik Standardfragebogen 2000

- | | <i>ich je erlebt habe</i> | <i>das Beste, was</i> | <i>sehr gut</i> | <i>gut</i> | <i>akzeptabel</i> | <i>schlecht</i> |
|--|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Die Art und Weise, wie auf meine Wünsche eingegangen wird, ist ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Die Berücksichtigung meiner Sorgen und Ängste durch das Pflegepersonal ist ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Die Offenheit des Pflegepersonals für Anregungen und Verbesserungsvorschläge ist ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Die Reaktionszeit auf mein Klingeln ist ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Die tägliche Unterstützung durch das Pflegepersonal ist ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Die Zusammenarbeit des Pflegepersonals auf Station ist ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Die Auskünfte der Pflegekräfte der Station über die Abläufe im Krankenhaus sind ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Die Wahrung meiner Intimsphäre durch das Personal ist ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Die Patientenzimmer sind ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Der Gesamteindruck, den das Klinikgebäude vermittelt, ist ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Die Ausschilderung und die Möglichkeit, sich im Haus zu orientieren, ist ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Das Essen ist ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Die Kontaktmöglichkeiten zu Mitpatienten sind ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Die hygienischen Verhältnisse sind ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Die Atmosphäre der Cafeteria ist ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Das Warenangebot des Kiosks ist ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



- | | <i>ich je erlebt habe</i> | <i>das Beste, was</i> | <i>sehr gut</i> | <i>gut</i> | <i>akzeptabel</i> | <i>schlecht</i> |
|--|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 17. Die Einfühlsamkeit, mit der mir die Diagnosen mitgeteilt werden, ist ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Während der Visite ist der Umgang der Ärzte mit meinen Fragen ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Die Aufklärung durch die Ärzte über Behandlung und Verlauf meiner Krankheit ist ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Der Erfolg der Behandlung ist bis jetzt ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Die Wartezeiten (Röntgen, Labor, OP, Visiten...) sind ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Die Geschwindigkeit und Dauer der Untersuchungen und Behandlungen ist ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Die Freundlichkeit des Personals bei der Aufnahme ist ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Die Verständlichkeit der Aufnahmeformulare ist ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Die Regelung der Besuchszeiten ist ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Die Angemessenheit der Informationen für meine Angehörigen ist ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Die Vorbereitung auf meine Entlassung aus dem Krankenhaus ist ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Die Aufklärung über Komplikationen meiner Krankheit, auf die ich nach meiner Entlassung achten muß, ist ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Mein Gesamturteil aufgrund all meiner Erfahrungen, die ich bis jetzt mit diesem Krankenhaus gemacht habe, ist ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Ich werde dieses Krankenhaus weiterempfehlen als ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Beurteilen Sie spontan, wie **wichtig** folgende Aspekte für Sie sind:

	einer der wichtigsten Aspekte überhaupt	sehr wichtig	eher wichtig	eher unwichtig
31. Die Qualität des Essens ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Die hygienischen Verhältnisse im Krankenhaus sind mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Der Gesamtzustand der Zimmer und des Gebäudes ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Die Cafeteria und der Kiosk sind mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Die pflegerische Betreuung ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Die ärztliche Betreuung ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Die Kontaktmöglichkeiten zu Mitpatienten sind mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Geringe Wartezeiten sind mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Eine reibungslose Aufnahme ist mir ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Die Art und Weise, wie meine Angehörigen einbezogen werden, ist mir...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Die sorgfältige Vorbereitung der Entlassung ist mir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Diesen Bereich können Sie ausfüllen:

A. Ich bin jetzt seit Tagen im Krankenhaus.

B. Meinen aktuellen Gesundheitszustand beurteile ich folgendermaßen:

sehr gut

eher gut

eher schlecht

schlecht

C. Wie kamen Sie in dieses Krankenhaus:

Auf Empfehlung des Arztes Auf persönlichen Wunsch

Notfallaufnahme Sonstiges:

D. Noch einige Fragen zu Ihrer Person:

• Alter: Jahre

• Geschlecht: weiblich
 männlich

Wenn Sie an dieses Krankenhaus denken, was ist Ihr größtes Ärgernis?

Bitte deutlich schreiben (Druckbuchstaben)

Was schätzen Sie am meisten an dieses Krankenhaus?

Station 12 100 105 350

Wie beurteilen Sie diesen Fragebogen:

das Beste, was
ich je erlebt habe

sehr gut

gut

akzeptabel

schlecht

27 Anhang F - Reportfragen

	immer	oft	selten	nie
a) Ich habe volles Vertrauen zu den Ärzten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Die Ärzte sind da, wenn ich sie brauche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Die Ärzte sind gesprächsbereit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Es wird <u>mit</u> mir gesprochen, nicht <u>über</u> mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Ich kann meine Behandlung aktiv mitbestimmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Ich habe volles Vertrauen zum Pflegepersonal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Die Pflegekräfte sind da, wenn ich sie brauche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Das Pflegepersonal ist gesprächsbereit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Bei Bedarf bekomme ich rechtzeitig Hilfe, um auf die Toilette zu gelangen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Das Personal nimmt sich Zeit für mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Mein Schlaf wird durchs Personal gestört.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Ich werde durch Zigarettenrauch belästigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Bis jemand erscheint, muss ich nach dem Drücken der Klingel ca. <input type="text"/> Minuten warten.				

3

© Forschungsgruppe Metrik 2004

n) Bis ich Schmerzmittel bekomme, muss ich ca. <input type="text"/> Minuten warten.			
	ja	teilweise	nein
o) Ich kenne den Namen des Arztes, der mich behandelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) Ich bin gut in der Lage, die Situation nach meinem Krankenhausaufenthalt zu bewältigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	zu lang	angemessen	zu kurz
q) Mein Krankenhausaufenthalt ist ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28 Anhang G -Durchführungshinweise

Patientenbefragung

Für die Projektleitung: Hinweise zur Durchführung der Patientenbefragung



Dieses Informationsblatt ist für die Person, die die Hauptkoordination bei der Befragung übernimmt, und für die MentorInnen, die die Fragebogen auf den Stationen verteilen, bestimmt.

Grundsätzlich müssen vorab einige Punkte durch den Auftraggeber geklärt werden (s.a. Checkliste):

- Welche Fragebogen-Variante möchten Sie einsetzen?
- Welche Stationen / Fachbereiche nehmen an der Befragung teil?
- Benötigen Sie einen Eltern- Fragebogen?
- Benötigen Sie spezielle Fragebogen wie z.B. den Geburtshilfe- oder Psychiatrie-Fragebogen?
- Möchten Sie dem Standardfragebogen Zusatzfragen hinzufügen?
- Sollen die ehemaligen Patienten auch befragt werden?

Hauptkoordination

- Eine Person sollte hauptverantwortlich für die Durchführung der gesamten Befragung sein. Diese Person ist ProjektkoordinatorIn und HauptansprechpartnerIn für dieses Projekt. Bei Fragen steht die Forschungsgruppe Metrik dem/r ProjektkoordinatorIn jederzeit zur Verfügung (Telefonnummer: 0 66 44 - 91 91 55).

MentorInnen

- Von jeder teilnehmenden Station ist eine verantwortliche Person aus dem Pflegebereich als MentorIn für diese Aktion zu benennen. Die MentorIn sollte persönlich über die bevorstehende Befragung informiert werden (z.B. im Rahmen einer Dienstbesprechung).
- Den MentorInnen ist der Fragebogen incl. aller Varianten vorzustellen.
- Das Motto der gesamten Aktion könnte lauten: „Wir wollen offen und ehrlich wissen, wie wir beurteilt werden“ oder „Nur wenn wir unsere Schwachstellen kennen, können wir besser werden“.

Für die Projektleitung: Hinweise zur Durchführung der Patientenbefragung



- Die MentorIn sollte am Erhebungstag Spätdienst und am darauffolgenden Tag Frühdienst haben, damit sie die Bogen persönlich aussteilen und wieder einsammeln kann.
- Die MentorIn ist für das Ausfüllen des Rücklaufbogens (siehe Anlage) zuständig.

Wahl der teilnehmenden Stationen

- Jede Station kann an der Befragung teilnehmen. Die teilnehmenden Stationen sind vorher auszuwählen. Ziel ist es, möglichst viele PatientInnen zu befragen, um abgesicherte Ergebnisse zu erhalten.
- Dazu benötigt die Forschungsgruppe Metrik eine Liste der teilnehmenden Stationen – zur Vermeidung von Übernahmefehlern – als Dokument per eMail, damit sie die stationsspezifischen Fragebogen erstellen und zusenden kann.

Zeitliche Abfolge

- Sind mehrere Stichtagserhebungen nötig, um die benötigte Anzahl von 80 - 100 ausgefüllten Fragebogen pro Einheit (Station oder Abteilung) zu erreichen, so sollten diese Stichtage einen Abstand von 14 Tagen haben. Bei Stationen mit hohem Durchlauf kann auch 1 Stichtag pro Woche festgelegt werden. Es sind aber auch größere Zeitabstände von ca. einem Monat möglich.
- Stationen mit überwiegend Langliegern können eine Vollbefragung durchführen.
- Es sollten repräsentative Tage (Dienstag bis Donnerstag) gewählt werden.

Die Fragebogen

- Sie erhalten pro teilnehmender Station 110 gedruckte Fragebogen.
- Jede Station hat ihren individuellen Fragebogen. Auf eine korrekte Zuordnung ist unbedingt zu achten.



Die Durchführung der Erhebung

- Es sollte das gesamte Haus an mehreren Erhebungstagen befragt werden, der Abstand zwischen den Erhebungstagen sollte 14 Tage betragen (Anhaltspunkt: durchschnittliche Liegedauer + 2 Tage).
- Jede/r MentorIn erhält seitens des/r ProjektkoordinatorIn kurz vor dem Erhebungstag ihrer Station die benötigten stationsbezogenen Bogen.
- Der/die ProjektkoordinatorIn erfasst auf einem Bogen die Anzahl der pro Station ausgeteilten Bogen.
- Generell gilt: Je kürzer die Zeit zwischen Verteilen und Einsammeln ist, um so höher ist der Rücklauf. Optimal ist es, die Bogen am frühen Nachmittag durch den/die MentorIn verteilen zu lassen und sie am Abend oder spätestens am nächsten Morgen bei der Visite wieder einzusammeln.
- Es besteht die Möglichkeit, wenn seitens der Patienten Bedenken hinsichtlich der Anonymität erwartet werden, zu den Fragebogen Umschläge des Hauses zu verteilen. Vor dem Versenden der Fragebogen an die Forschungsgruppe Metrik sollten diese aber wieder aus den Umschläge entnommen werden.
- Der/die ProjektkoordinatorIn sollte am Erhebungstag als AnsprechpartnerIn für die MentorInnen zu Verfügung stehen.
- Die Fragebogen sind am darauffolgenden Tag beim/bei der ProjektkoordinatorIn abzugeben.
- Ziel ist es, eine Rücklaufquote von mindestens 75% zu erreichen.

Für die Projektleitung: Hinweise zur Durchführung der Patientenbefragung



Unterstützung bei der Befragung

- Sollte ein Patient oder eine Patientin aufgrund körperlicher Beschwerden (Sehbehinderung, beide Arme gebrochen, ...) nicht in der Lage sein, den Fragebogen eigenständig auszufüllen, so sollten als erste Ausweichmöglichkeit die Angehörigen gebeten werden, diesen Personen beim Ausfüllen des Fragebogens behilflich zu sein. Sollte dies nicht möglich sein, die Person aber Interesse am Ausfüllen zeigt, so kann auch eine neutrale Person aus der Verwaltung oder dem technischen Bereich (z.B. Zivildienstleistender) Unterstützung leisten. Die Patienten und Patientinnen sollten dabei aber aktiv aufgefordert werden, Kritik offen und frei zu äußern.
- Geistig stark verwirrte Menschen oder Kinder unter 16 Jahren sollten nicht befragt werden. Auch Menschen, die aktuell besonders psychisch belastet sind, sollten nicht befragt werden. Im Zweifelsfall sollten diese Personen gefragt werden, ob sie an der Befragung teilnehmen wollen.
- Bei Stationen, die Schwierigkeiten mit dem Rücklauf haben, lassen sich durch verschiedenen Maßnahmen die Rücklaufquoten steigern:
 - Einerseits können Patienten, die am Stichtag aufgenommen wurden, am nächsten Morgen befragt werden, so dass hier noch zusätzliche Fragebogen ausgefüllt werden.
 - Andererseits ist eine Verkürzung der Abstände zwischen den Stichtagen möglich, besonders bei Kurzliegerstationen.
- Sollte der Rücklauf auf einzelnen Stationen sich nicht merklich steigern lassen, sollte die Projektleitung diese Stationen persönlich unterstützen.

Schriftliche Befragung ehemaliger Patienten

- Die befragten ehemaligen Patienten und Patientinnen sollten das Krankenhaus mindestens 2 Wochen verlassen haben. Optimal ist eine Befragung 2 - 4 Wochen nach der Entlassung.

Für die Projektleitung: Hinweise zur Durchführung der Patientenbefragung



- Es ist peinlichst darauf zu achten, dass Patienten, die im Haus verstorben sind oder die in einer Akutsituation in ein anderes Krankenhaus verlegt wurden, nicht angeschrieben werden.
- Dem Fragebogen sollte ein ausreichend frankierter und an das Krankenhaus bzw. an die Forschungsgruppe Metrik adressierter Rückumschlag beigelegt werden.
- Dem Fragebogen sollte ein gesondertes Anschreiben des Hauses beigelegt werden.
- Sollte die Rücklaufquote unter 50% liegen, können die ehemaligen Patienten mittels Postkarten höflichst aufgefordert werden, den Fragebogen zurückzusenden.

Datenauswertung

- Die Rücksendung der Fragebogen kann gerne „peu à peu“ erfolgen (Anschrift siehe unten), jedoch sollte eine Sendung immer „Paketgröße“ haben und nicht nur einen Briefumschlag umfassen.
- Bei Versand der letzten Fragebogen bitte unbedingt eine Mitteilung per Fax oder eMail an Metrik geben, damit der Eingang der Unterlagen auch sichergestellt werden kann.
- Die erste Auswertung steht dem Haus ca. drei Monate nach dem Eintreffen der letzten Fragebogen (bzw. der Information „Befragung beendet“ an Metrik) zur Verfügung.

Organisatorisches

- Bitte trennen Sie die Sonderfragebogen (für Eltern, Psychiatrie) von den Standardfragebogen (z.B. durch querliegende Blätter), da es sonst zu erheblichen Schwierigkeiten beim Einlesen der Daten kommt.

Für die Projektleitung: 
Hinweise zur Durchführung der Patientenbefragung

- Das selbe gilt auch, wenn Sie Fragebogen mehrerer Häuser versenden – bitte in unterschiedlichen Paketen verschicken!
- Die Rücksendung der Fragebogen geht an folgende Anschrift:

Forschungsgruppe Metrik
Damm Deringer & Zinn GbR
Patientenbefragung / > Name Ihres KH <
An der alten Schule 16
36355 Bermuthshain

Bitte informieren Sie uns kurz per Fax (06644-919157) oder per eMail (post@metrik.de) über den Versand der letzten Fragebogen (d.h. wenn die Befragung im Haus endgültig abgeschlossen ist).

Station: _____

Anzahl der Betten: _____

Datum	Belegte Betten am Stichtag	Anzahl der ausgeteilten Fragebogen (=A)	Anzahl der eingesammelten Fragebogen (=B)	Rücklaufquote (B:A x 100)	Patienten, die keinen Fragebogen erhalten haben		Mentor/in: (Zeichen)
					Anzahl:	Begründung:	

29 Anhang E Ergebnisdarstellung – Komplette Tabellen

Um die nachfolgenden Ergebnisdarstellungen besser verstehen zu können, wird zuerst die grundsätzliche Darstellungsform und die Vorgehensweise zur Berechnung der Kennwerte am nachfolgenden Beispiel erläutert.

Nr.	Skalen	Gruppen				Spanne	r ² (KTT)	p von r ² (KTT)	Effekt (KTT)	r ² (PTT)	p von r ² (PTT)	Effekt (PTT)
		bis 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59							
1	Gesamtzufriedenheit	-0,05	-0,06	-0,03	0,11	0,002	0,000	0,00	0,001	0,007	0,00	
2	Zufriedenheit ärztliche Versorgung	-0,02	-0,02	-0,04	0,07	0,000	0,076	0,00	0,000	0,195	0,00	
3	Zufriedenheit pfleg. Versorgung	-0,08	-0,13	-0,10	0,22	0,009	0,000	0,01	0,005	0,000	0,00	
4	Zufriedenheit Entlassung	-0,07	-0,12	0,00	0,20	0,003	0,000	0,00	0,003	0,000	0,00	
5	Zufriedenheit Infrastruktur	-0,05	0,02	0,01	0,07	0,000	0,945	0,00	0,000	0,465	0,00	
6	Zufriedenheit Catering	0,05	0,06	0,02	0,19	0,003	0,000	0,00	0,000	0,124	0,00	
7	Zufriedenheit Aufnahme	-0,10	-0,09	-0,08	0,16	0,008	0,000	0,01	0,008	0,000	0,01	
8	Zufriedenheit Funktionsbereich	-0,03	-0,05	-0,12	0,30	0,003	0,000	0,00	0,002	0,006	0,00	
9	Erlebnisse ärztlicher Bereich	0,14	0,16	0,10	0,27	0,034	0,000	0,04	0,040	0,000	0,04	
10	Erlebnisse pfleg. Bereich	0,08	0,04	0,04	0,16	0,010	0,000	0,01	0,010	0,000	0,01	
Zufriedenheitsfragen									r ² Basismodell (PTT)	Δ r ² uniform (PTT)	Δ r ² nicht uniform (PTT)	
1	1. Die Ausschliederung und die M	-0,05	-0,04	0,00	0,09	0,001	0,015	0,00				
2	2. Die Verständlichkeit der Aufna	-0,11	-0,12	-0,09	0,20	0,011	0,000	0,01	0,51	0,00	0,00	
3	3. Die Freundlichkeit des Person	-0,09	-0,06	-0,08	0,15	0,005	0,000	0,00	0,73	0,00	0,00	
4	4. Die Berücksichtigung meiner S	-0,07	-0,15	-0,11	0,26	0,007	0,000	0,01	0,71	0,00	0,00	
5	5. Die Offenheit der Pflegekräfte	-0,06	-0,09	-0,06	0,16	0,002	0,000	0,00	0,69	0,00	0,00	
6	6. Die tägliche Unterstützung dur	-0,10	-0,14	-0,10	0,23	0,008	0,000	0,01	0,71	0,00	0,00	
7	7. Die Auskünfte der Pflegekräfte	-0,06	-0,11	-0,08	0,18	0,004	0,000	0,00	0,68	0,00	0,00	
8	8. Die Freundlichkeit des Pflegep	-0,09	-0,17	-0,11	0,27	0,009	0,000	0,01	0,54	0,00	0,00	
9	9. Die Wahrung meiner Intimsph	-0,08	-0,16	-0,09	0,27	0,008	0,000	0,01				

Abbildung 87 Interpretationshilfe der Ergebnisdarstellung

Tabelle 123

Legende zur Abbildung 87

Nr.	Erläuterungen
1.	In diesem Bereich werden die Einzelfragen dargestellt, zur leichteren Orientierung erfolgt eine Gruppierung der Zufriedenheits-, Erlebnis- und Wichtigkeitsfragen. Die Fragentexte werden wegen der notwendigen komprimierten Darstellung verkürzt. Der ausführliche Text ist im Anhang C - Standardpatientenfragebogen 2005 dokumentiert.
2.	Hier sind die Skalen platziert, die sich aus der Validierung des Fragebogens (siehe Kapitel 12.2) ergeben haben. Die Farben ermöglichen eine Zuordnung der Fragen [1] zu den Skalen. Die komplette Skalenbezeichnung ist im Kapitel 12.2 nachzulesen. Es werden aufgrund der Fragestellung dieser Studie nur die Skalen genutzt, die sich mittels Verfahren der Probabilistischen Testtheorie validieren lassen.
3.	Die Nummer bezieht sich auf die Skala und ermöglicht neben der farblichen Zuordnung auch eine numerische Zuordnung von Skalen [2] zu Einzelfragen[1].
4.	In dieser Spalte werden zuerst die Skalen und darunter die Texte der Einzelfragen (in verkürzter Form) dargestellt.
5.	Die folgenden Spaltenüberschriften bezeichnen die unterschiedlichen Gruppen, die untersucht werden.
6.	Diese Werte geben die Mittelwertsdifferenz der Gruppe minus den Durchschnittswert aller Patienten an. Werte unter Null bedeuten, dass die Patienten dieser Gruppe zufriedener sind, bzw. positiver Erlebnisse oder höhere Wichtigkeiten haben, als der Durchschnittspatient. Die einzige Ausnahme stellen die Fragen j) und k) dar, die umgekehrt gepolt sind.
7.	Die Spanne (Range) gibt die maximale Differenz zwischen den Gruppenmittelwerten [6] an und ist ein erster Indikator für den Einfluss der untersuchten Gruppierungsvariable.
8.	Die Spalte „r ² (KTT)“ gibt das r ² der Regressionsanalyse (vergleiche Kapitel 9.2) mit der Gruppierungsvariable als Kriterium (ggf. dummykodiert) und der Skala oder Einzelfrage [4] als Prädiktor. Der Skalenergebniswert wird über Mittelwertsbildung bestimmt. Es werden dabei ausschließlich Methoden der Klassischen Testtheorie (KTT) verwendet.
9.	In der Spalte „p von r ² (KTT)“ wird das Signifikanzniveau des ermittelten r ² [8] dokumentiert. Werte unter 0,001 werden fett markiert und stellen hochsignifikante Ergebnisse da. Bei Werten über 0,05 besteht kein signifikanter Zusammenhang und die Gruppierungsvariable hat keinen Einfluss auf den Prädiktor.
10.	Die Spalte „Effekt (KTT)“ gibt die Effektgröße (s. Kapitel 9.6.1) von r ² [8] an. Werte ab 0,02 zeigen einen kleinen Effekt an und werden orange und fett markiert. Ab 0,15 liegt ein mittlerer Effekt vor, diese Werte werden rot und fett markiert.
11.	In der Spalte „r ² (PTT)“ werden nur Werte angegeben, die sich auf die Skalen [2] beziehen. Als abhängige Variable gehen in die Regressionsanalyse (siehe Kapitel 9.2) die mittels Verfahren der Probabilistischen Testtheorie (PTT) berechneten, gemittelten Personenwerte (vergleiche Kapitel 9.1.2) ein. Die unabhängige Variable ist wieder die (ggf. dummykodierte) Gruppierungsvariable. Der Wert ist das r ² dieser Regressionsanalyse.
12.	Die Spalte „p von r ² (PTT)“ gibt das Signifikanzniveau des ermittelten r ² [11] an. Werte unter 0,001 werden fett markiert und stellen hochsignifikante Ergebnisse dar. Bei Werten über 0,05 besteht kein signifikanter Zusammenhang und die Gruppierungsvariable hat keinen Einfluss auf die abhängige Variable.
13.	In der Spalte „Effekt (PTT)“ wird die Effektgröße (s. Kapitel 9.6.1) von r ² [11] dargestellt. Werte ab 0,02 zeigen einen kleinen Effekt an und werden orange und fett markiert. Ab 0,15 liegt ein mittlerer Effekt vor, diese Werte werden rot und fett markiert.
14.	Die Spalte „r ² Basismodell (PTT)“ beinhaltet das r ² der Regressionsanalyse (s. Kapitel 9.2), bei der die Einzelfrage als abhängige Variable und der mittels Verfahren der Probabilistischen Testtheorie (PTT) ermittelte Personenwert der dazugehörigen Skala (vergleiche Kapitel 9.1.2) als unabhängige Variable verwendet wird.
15.	In der Spalte „Δ r ² uniform (PTT)“ wird die Differenz des r ² aus [15] zu dem r ² der Regressionsanalyse (vergleiche Kapitel 9.2) bei der zusätzlich zum Basismodell [14] noch die Gruppierungsvariable als unabhängige Variable hinzugefügt wurde, berechnet. Dies ist eine Testung auf das Differential Item Functioning (siehe Kapitel 9.4). Wenn das Delta größer als 0,02 ist, dann liegt ein bedeutsamer uniformer Einfluss der Gruppierungsvariablen auf die Frage vor und der Wert wird rot und fett markiert.
16.	Die Spalte „Δ r ² nicht uniform (PTT)“ gibt die Differenz zwischen dem r ² des Basismodells aus [14] und dem in [15] beschriebenen Alternativmodell an, nur dass hier als unabhängige Variable die Interaktion zwischen der Gruppierungsvariablen und des Personenwertes einbezogen wird. Ist der Unterschied größer als 0,02, dann liegt ein bedeutsamer, nicht uniformer Einfluss der Gruppierungsvariablen auf die Frage vor und der Wert wird dann rot und fett markiert.

Klassischer Einflussfaktor: Alter

Tabelle 124

Ergebnisse Einflussfaktor Alter

Einflussfaktor: Alter																	
Nr.	Skalen	Anzahl:	1.191	743	1.009	1.256	1.871	2.033	944	118	Spanne	r ² (KTT)	p von r ² (KTT)	Effekt (KTT)	r ² (PTT)	p von r ² (PTT)	Effekt (PTT)
		bis 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 - 69	70 - 79	80 - 89	ab 90								
1	Gesamtzufriedenheit	-0,05	-0,06	-0,03	-0,03	0,02	0,02	0,05	0,00	0,11	0,002	0,000	0,00	0,001	0,007	0,00	
2	Zufriedenheit ärztliche Versorgung	-0,02	-0,02	-0,04	-0,04	-0,02	0,03	0,02	-0,04	0,07	0,000	0,076	0,00	0,000	0,195	0,00	
3	Zufriedenheit pfleg. Versorgung	-0,08	-0,13	-0,10	-0,04	0,03	0,06	0,09	-0,03	0,22	0,009	0,000	0,01	0,005	0,000	0,00	
4	Zufriedenheit Entlassung	-0,07	-0,12	0,00	-0,04	0,01	0,04	0,08	0,06	0,20	0,003	0,000	0,00	0,003	0,000	0,00	
5	Zufriedenheit Infrastruktur	-0,05	0,02	0,01	-0,01	0,00	-0,01	0,01	-0,03	0,07	0,000	0,945	0,00	0,000	0,465	0,00	
6	Zufriedenheit Catering	0,05	0,06	0,02	-0,01	0,00	-0,07	-0,03	-0,12	0,19	0,003	0,000	0,00	0,000	0,124	0,00	
7	Zufriedenheit Aufnahme	-0,10	-0,09	-0,08	-0,01	0,04	0,04	0,06	-0,07	0,16	0,008	0,000	0,01	0,008	0,000	0,01	
8	Zufriedenheit Funktionsbereich	-0,03	-0,05	-0,12	-0,03	0,01	0,01	0,09	0,19	0,30	0,003	0,000	0,00	0,002	0,006	0,00	
9	Erlebnisse ärztlicher Bereich	0,14	0,16	0,10	0,00	-0,08	-0,11	-0,11	-0,10	0,27	0,034	0,000		0,040	0,000		
10	Erlebnisse pfleg. Bereich	0,08	0,04	0,04	-0,01	-0,04	-0,05	-0,04	-0,08	0,16	0,010	0,000	0,01	0,011	0,000	0,01	
Nr.	Einzelfragen														r ² Basismodell (PTT)	Δ r ² uniform (PTT)	Δ r ² nicht uniform (PTT)
Zufriedenheitsfragen	1. Die Ausschliederung und die Möglichk	-0,05	-0,04	0,00	0,04	0,00	0,00	0,04	0,02	0,09	0,001	0,015	0,00				
	7. Die Verständlichkeit der Aufnahme	-0,11	-0,12	-0,09	-0,01	0,04	0,06	0,08	0,03	0,20	0,011	0,000	0,01	0,51	0,002	0,002	
	2. Die Freundlichkeit des Personals	-0,09	-0,06	-0,08	-0,02	0,02	0,03	0,06	-0,04	0,15	0,005	0,000	0,00	0,73	-0,001	0,002	
	3. Die Berücksichtigung meiner Sorg	-0,07	-0,15	-0,11	-0,05	0,03	0,07	0,11	0,02	0,26	0,007	0,000	0,01	0,71	0,002	0,002	
	3. 5. Die Offenheit der Pflegekräfte für	-0,06	-0,09	-0,06	0,00	0,02	0,03	0,07	-0,04	0,16	0,002	0,000	0,00	0,69	0,001	0,001	
	3. 6. Die tägliche Unterstützung durch d	-0,10	-0,14	-0,10	-0,04	0,03	0,07	0,09	-0,04	0,23	0,008	0,000	0,01	0,71	0,002	0,002	
	3. 7. Die Auskünfte der Pflegekräfte de	-0,06	-0,11	-0,08	-0,06	0,03	0,06	0,07	0,03	0,18	0,004	0,000	0,00	0,68	0,000	0,000	
	3. 8. Die Freundlichkeit des Pflegepers	-0,09	-0,17	-0,11	-0,05	0,03	0,07	0,10	-0,01	0,27	0,009	0,000	0,01	0,54	0,000	0,000	
	9. Die Wahrung meiner Intimsphäre	-0,08	-0,16	-0,09	-0,05	0,03	0,06	0,11	-0,03	0,27	0,008	0,000	0,01				
	2. 10. Die Einfühlbarkeit, mit der mir d	-0,01	-0,11	-0,08	-0,07	0,01	0,03	0,05	0,01	0,16	0,001	0,001	0,00	0,69	0,004	0,004	
	2. 11. Der Umgang der Ärzte mit meine	-0,01	0,00	0,00	-0,05	-0,04	0,01	0,00	0,01	0,06	0,000	0,938	0,00	0,78	0,000	0,000	
	2. 12. Die Aufklärung durch die Ärzte u	-0,01	0,04	-0,03	-0,05	-0,03	0,03	0,03	-0,02	0,09	0,000	0,365	0,00	0,78	-0,001	-0,001	
	2. 13. Die Freundlichkeit der Ärzte ist ...	-0,03	-0,04	-0,03	-0,01	-0,01	0,01	0,02	-0,07	0,09	0,000	0,105	0,00	0,71	0,006	0,006	
	14. Die Wirksamkeit, mit der meine S	-0,05	-0,09	-0,13	-0,08	0,00	0,09	0,13	0,05	0,26	0,006	0,000	0,01				
	15. Der Erfolg der Behandlung ist bis	-0,16	-0,18	-0,07	-0,05	0,04	0,09	0,14	0,08	0,32	0,014	0,000	0,01				
	8. 16. Die Wartezeiten (Röntgen, Labor	-0,04	-0,09	-0,17	-0,02	0,01	0,03	0,13	0,15	0,32	0,005	0,000	0,00	0,68	0,001	0,001	
	17. Meine Erfahrungen mit der Kran	-0,04	-0,09	-0,07	-0,03	-0,02	0,03	0,12	0,05	0,21	0,002	0,004	0,00				
	18. Meine Erfahrungen mit der Röntg	-0,01	-0,02	-0,10	-0,02	-0,01	0,00	0,06	0,19	0,29	0,001	0,012	0,00	0,71	-0,001	0,000	
	8. 19. Meine Erfahrungen mit den ande	-0,07	-0,08	-0,12	-0,01	0,04	0,01	0,08	0,17	0,29	0,005	0,000	0,00	0,70	0,002	0,002	
	20. Die Angemessenheit der Informa	-0,08	-0,08	0,01	-0,03	0,06	0,06	0,02	-0,09	0,15	0,003	0,000	0,00				
5. 21. Die Patientenzimmer sind ...	0,00	0,02	0,01	-0,02	0,00	-0,01	-0,01	-0,05	0,07	0,001	0,041	0,00	0,76	0,003	0,003		
5. 22. Die hygienischen Verhältnisse is	-0,09	0,02	0,03	0,00	0,01	-0,01	0,03	0,03	0,12	0,001	0,037	0,00	0,70	0,002	0,002		
6. 23. Die Cafeteria / der Kiosk ist / sind	-0,06	0,04	-0,01	0,02	0,05	-0,03	-0,03	-0,16	0,21	0,000	0,733	0,00	0,59	-0,004	-0,004		
6. 24. Das Essen ist ...	0,11	0,07	0,02	0,03	-0,02	-0,07	-0,03	-0,06	0,18	0,004	0,000	0,00	0,65	-0,002	-0,001		
4. 25. Die Vorbereitung auf meine Entla	-0,03	-0,11	0,03	-0,01	0,02	0,03	0,04	0,03	0,15	0,001	0,014	0,00	0,71	0,004	0,004		
4. 26. Die Aufklärung über Komplikatio	-0,10	-0,11	-0,02	-0,06	0,02	0,05	0,10	0,11	0,22	0,005	0,000	0,01	0,77	0,003	0,003		
1. 27. Mein Gesamturteil aufgrund all r	-0,06	-0,08	-0,05	-0,05	0,03	0,02	0,05	-0,03	0,13	0,002	0,000	0,00	0,75	0,003	0,003		
1. 28. Ich werde dieses Krankenhaus w	-0,04	-0,02	-0,01	-0,02	0,00	0,01	0,04	0,00	0,08	0,001	0,006	0,00	0,80	-0,001	-0,001		
Erlebnissfragen	9 a) Ich habe volles Vertrauen zu den	0,16	0,19	0,11	0,03	-0,08	-0,12	-0,12	-0,15	0,34	0,035	0,000		0,66	0,002	0,002	
	9 b) Die Ärzte sind da, wenn ich sie br	0,17	0,18	0,12	0,00	-0,09	-0,12	-0,14	-0,10	0,32	0,033	0,000		0,75	-0,003	-0,003	
	9 c) Die Ärzte sind gesprächsbereit.	0,13	0,10	0,07	-0,01	-0,07	-0,08	-0,08	-0,07	0,21	0,014	0,000	0,01	0,73	0,001	0,001	
	d) Es wird mit mir gesprochen, nicht	0,10	0,01	0,01	0,01	-0,05	-0,04	-0,04	-0,19	0,29	0,004	0,000	0,00				
	e) Ich kann meine Behandlung aktiv	0,11	0,02	0,07	0,01	-0,08	-0,07	-0,08	-0,06	0,19	0,006	0,000	0,01				
	f) Ich habe volles Vertrauen zum Pfl	0,11	0,09	0,09	0,02	-0,05	-0,08	-0,07	-0,10	0,21	0,017	0,000	0,02	0,75	-0,003	-0,003	
	g) Die Pflegekräfte sind da, wenn ich	0,07	0,04	0,03	0,00	-0,03	-0,04	-0,02	-0,05	0,12	0,006	0,000	0,01	0,76	-0,001	-0,001	
	h) Das Pflegepersonal ist gesprächs	0,07	0,02	0,03	-0,02	-0,04	-0,03	-0,02	-0,07	0,14	0,004	0,000	0,00	0,75	-0,001	-0,001	
	i) Bei Bedarf bekomme ich rechtzeit	0,03	-0,03	-0,01	-0,02	-0,01	-0,01	-0,02	-0,06	0,09	0,000	0,092	0,00				
	j) Das Personal nimmt sich Zeit für	0,05	0,01	0,00	0,00	-0,03	-0,02	-0,02	-0,09	0,14	0,001	0,002	0,00				
Wichtigkeitsfragen	k) Mein Schlaf wird durchs Person	-0,15	-0,18	-0,09	-0,02	0,07	0,12	0,16	0,21	0,39	0,025	0,000	0,03				
	l) Ich werde durch Zigarettenrauch	0,01	-0,01	0,01	-0,01	0,00	0,01	0,03	0,08	0,09	0,000	0,399	0,00				
	I. Die Qualität des Essens ist mir ...	-0,11	-0,04	0,02	0,00	0,01	0,04	0,06	-0,05	0,17	0,004	0,000	0,00				
	II. Die hygienischen Verhältnisse im	-0,20	-0,18	-0,11	-0,03	0,03	0,12	0,19	0,05	0,39	0,039	0,000	0,04				
	III. Der Gesamtzustand der Zimmer	0,00	-0,05	0,00	-0,01	-0,02	0,01	0,08	-0,04	0,13	0,000	0,284	0,00				
	IV. Die Cafeteria / der Kiosk ist / sind	0,03	0,14	0,04	0,01	-0,01	-0,09	0,07	0,14	0,23	0,001	0,018	0,00				
	V. Die pflegerische Betreuung ist mi	-0,13	-0,20	-0,13	-0,07	0,08	0,10	0,14	0,01	0,34	0,030	0,000	0,03				
	VI. Die ärztliche Betreuung ist mir ...	-0,11	-0,21	-0,15	-0,08	0,03	0,12	0,17	0,04	0,38	0,031	0,000	0,03				
	VII. Geringe Wartezeiten sind mir ...	-0,06	0,01	-0,03	0,00	0,00	0,00	0,08	0,04	0,14	0,002	0,000	0,00				
	VIII. Die erfolgreiche Schmerzlinger	-0,11	-0,11	-0,08	-0,04	0,04	0,09	0,09	0,01	0,20	0,015	0,000	0,01				
	IX. Eine reibungslose Aufnahme ist	0,00	0,09	0,02	0,01	-0,03	-0,02	0,00	-0,08	0,17	0,001	0,028	0,00				
	X. Die Art und Weise, wie meine An	0,00	0,16	0,07	0,03	-0,04	-0,03	-0,06	-0,07	0,23	0,002	0,000	0,00				
XI. Die Funktionsbereiche (EKG, Rd	0,16	0,11	-0,04	-0,06	-0,06	0,00	-0,04	0,07	0,22	0,004	0,000	0,00					
XII. Die sorgfältige Vorbereitung der	0,03	0,11	0,04	-0,02	-0,03	-0,03	-0,02	-0,14	0,25	0,002	0,000	0,00					

Anmerkung: Die differenzierte Beschreibung erfolgt in der Abbildung 87 / Tabelle 123 auf Seite 354 f.

Klassischer Einflussfaktor: Geschlecht

Tabelle 125

Ergebnisse Einflussfaktor Geschlecht

Untersuchter Einflussfaktor: Geschlecht										
		Anzahl: 5.046 4.105								
Nr.	Skalen	Frauen	Männer	Spanne	r ² (KTI)	p von r ² (KTT)	Effekt (KTT)	r ² (PTI)	p von r ² (PTT)	Effekt (PTT)
1	Gesamtzufriedenheit	0,00	-0,01	0,01	0,000	0,593	0,00	0,000	0,392	0,00
2	Zufriedenheit ärztliche Versorgung	0,00	-0,01	0,00	0,000	0,917	0,00	0,000	0,401	0,00
3	Zufriedenheit pfleg. Versorgung	0,01	-0,02	0,03	0,001	0,020	0,00	0,000	0,178	0,00
4	Zufriedenheit Entlassung	0,00	-0,01	0,00	0,000	0,803	0,00	0,000	0,759	0,00
5	Zufriedenheit Infrastruktur	0,03	-0,06	0,08	0,003	0,000	0,00	0,004	0,000	0,00
6	Zufriedenheit Catering	0,00	-0,01	0,01	0,000	0,515	0,00	0,000	0,376	0,00
7	Zufriedenheit Aufnahme	-0,01	0,00	0,01	0,000	0,322	0,00	0,000	0,818	0,00
8	Zufriedenheit Funktionsbereich	0,01	-0,02	0,02	0,000	0,092	0,00	0,001	0,059	0,00
9	Erlebnisse ärztlicher Bereich	0,00	-0,02	0,02	0,000	0,129	0,00	0,000	0,172	0,00
10	Erlebnisse pfleg. Bereich	0,01	-0,03	0,03	0,001	0,001	0,00	0,001	0,002	0,00
Nr.	Einzelfragen							r ² Basismodell (PTI)	Δ r ² uniform (PTT)	Δ r ² nicht uniform (PTT)
Zufriedenheitsfragen	1. Die Ausschilderung und die Möglichkeit, sich im Haus	0,00	-0,01	0,01	0,000	0,491	0,00			
	7 2. Die Verständlichkeit der Aufnahmeformulare ist ...	-0,02	0,01	0,03	0,000	0,089	0,00	0,51	-0,004	-0,004
	3 3. Die Freundlichkeit des Personals bei der Aufnahme ist ...	-0,01	-0,02	0,01	0,000	0,399	0,00	0,73	-0,002	-0,002
	3 4. Die Berücksichtigung meiner Sorgen und Ängste durch das Personal ist ...	0,01	-0,02	0,03	0,000	0,054	0,00	0,71	-0,002	-0,002
	3 5. Die Offenheit der Pflegekräfte für Anregungen und Vorschläge ist ...	0,01	-0,01	0,02	0,000	0,174	0,00	0,69	0,000	0,000
	3 6. Die tägliche Unterstützung durch das Pflegepersonal ist ...	0,01	-0,03	0,04	0,001	0,007	0,00	0,71	0,002	0,002
	3 7. Die Auskünfte der Pflegekräfte der Station über die Abfertigung ist ...	0,01	-0,02	0,03	0,000	0,168	0,00	0,68	-0,003	-0,003
	3 8. Die Freundlichkeit des Pflegepersonals ist ...	0,01	-0,03	0,04	0,001	0,005	0,00	0,54	-0,001	-0,001
	9 9. Die Wahrung meiner Intimsphäre durch das Personal ist ...	0,00	-0,02	0,02	0,000	0,469	0,00			
	2 10. Die Einfühlbarkeit, mit der mir die Diagnosen mitgeteilt werden, ist ...	-0,01	0,00	0,01	0,000	0,345	0,00	0,69	-0,003	-0,003
	2 11. Der Umgang der Ärzte mit meinen Fragen während der Aufnahme ist ...	0,00	-0,02	0,02	0,000	0,432	0,00	0,78	0,001	0,001
	2 12. Die Aufklärung durch die Ärzte über Behandlung und Untersuchung ist ...	0,00	-0,01	0,01	0,000	0,555	0,00	0,78	0,001	0,001
	2 13. Die Freundlichkeit der Ärzte ist ...	-0,01	-0,01	0,00	0,000	0,756	0,00	0,71	0,003	0,003
	14 14. Die Wirksamkeit, mit der meine Schmerzen gelindert werden, ist ...	-0,01	0,01	0,02	0,000	0,362	0,00			
	15 15. Der Erfolg der Behandlung ist bis jetzt ...	-0,01	0,01	0,02	0,000	0,260	0,00			
	8 16. Die Wartezeiten (Röntgen, Labor, OP, Visiten...) sind ...	0,00	-0,01	0,01	0,000	0,514	0,00	0,68	-0,004	-0,004
	17 17. Meine Erfahrungen mit der Krankengymnastik sind ...	-0,04	0,04	0,08	0,002	0,007	0,00			
	8 18. Meine Erfahrungen mit der Röntgenabteilung sind ...	0,02	-0,03	0,05	0,001	0,012	0,00	0,71	0,000	0,000
	8 19. Meine Erfahrungen mit den anderen Funktionsbereichen sind ...	0,00	0,00	0,00	0,000	0,988	0,00	0,70	-0,002	-0,002
	20 20. Die Angemessenheit der Informationen für meine Art der Erkrankung ist ...	0,00	0,01	0,01	0,000	0,783	0,00			
Erlebnissfragen	5 21. Die Patientenzimmer sind ...	0,02	-0,04	0,06	0,001	0,001	0,00	0,75	0,002	0,002
	5 22. Die hygienischen Verhältnisse ist ...	0,04	-0,06	0,10	0,004	0,000	0,00	0,70	0,000	0,000
	6 23. Die Cafeteria / der Kiosk ist / sind ...	-0,04	0,03	0,07	0,002	0,003	0,00	0,59	-0,001	-0,001
	6 24. Das Essen ist ...	0,03	-0,04	0,07	0,002	0,000	0,00	0,65	0,002	0,002
	4 25. Die Vorbereitung auf meine Entlassung aus dem Krankenhaus ist ...	0,00	0,00	0,00	0,000	0,920	0,00	0,71	0,002	0,002
	4 26. Die Aufklärung über Komplikationen meiner Krankheit ist ...	-0,01	-0,01	0,00	0,000	0,860	0,00	0,77	-0,001	0,000
	1 27. Mein Gesamturteil aufgrund all meiner Erfahrungen, ist ...	0,00	-0,01	0,01	0,000	0,478	0,00	0,75	0,004	0,004
	1 28. Ich werde dieses Krankenhaus weiterempfehlen als ...	0,00	-0,01	0,01	0,000	0,666	0,00	0,80	0,000	0,000
	9 a) Ich habe volles Vertrauen zu den Ärzten.	0,01	-0,03	0,04	0,001	0,002	0,00	0,66	0,000	0,000
	9 b) Die Ärzte sind da, wenn ich sie brauche.	-0,01	-0,01	0,00	0,000	0,961	0,00	0,75	-0,002	-0,002
9 c) Die Ärzte sind gesprächsbereit.	0,00	-0,01	0,01	0,000	0,464	0,00	0,73	-0,002	-0,002	
d) Es wird mit mir gesprochen, nicht über mich.	-0,03	0,03	0,06	0,002	0,001	0,00				
e) Ich kann meine Behandlung aktiv mitbestimmen.	-0,03	0,01	0,04	0,001	0,066	0,00				
10 f) Ich habe volles Vertrauen zum Pflegepersonal.	0,01	-0,02	0,03	0,001	0,018	0,00	0,75	-0,004	-0,004	
10 g) Die Pflegekräfte sind da, wenn ich sie brauche.	0,01	-0,02	0,03	0,001	0,007	0,00	0,76	-0,004	-0,004	
10 h) Das Pflegepersonal ist gesprächsbereit.	0,02	-0,02	0,04	0,001	0,001	0,00	0,75	-0,004	-0,004	
Wichtigkeitsfragen	i) Bei Bedarf bekomme ich rechtzeitig Hilfe, um auf die Toilette zu gehen.	-0,01	0,00	0,01	0,000	0,420	0,00			
	j) Das Personal nimmt sich Zeit für mich.	0,01	-0,02	0,03	0,000	0,119	0,00			
	k) Mein Schlaf wird durchs Personal gestört.	0,02	-0,01	0,03	0,000	0,050	0,00			
	l) Ich werde durch Zigarettenrauch belästigt.	0,01	0,00	0,01	0,000	0,275	0,00			
	I. Die Qualität des Essens ist mir ...	0,03	-0,05	0,08	0,003	0,000	0,00			
	II. Die hygienischen Verhältnisse im Krankenhaus sind ...	-0,01	0,01	0,02	0,000	0,114	0,00			
	III. Der Gesamtzustand der Zimmer ist mir ...	0,03	-0,03	0,06	0,002	0,000	0,00			
	IV. Die Cafeteria / der Kiosk ist / sind mir ...	0,05	-0,04	0,09	0,003	0,000	0,00			
	V. Die pflegerische Betreuung ist mir ...	-0,03	0,04	0,07	0,004	0,000	0,00			
	VI. Die ärztliche Betreuung ist mir ...	-0,01	0,00	0,01	0,000	0,222	0,00			
	VII. Geringe Wartezeiten sind mir ...	0,01	-0,01	0,02	0,000	0,161	0,00			
	VIII. Die erfolgreiche Schmerzlinderung ist mir ...	-0,02	0,02	0,04	0,001	0,005	0,00			
IX. Eine reibungslose Aufnahme ist mir ...	-0,03	0,02	0,05	0,002	0,000	0,00				
X. Die Art und Weise, wie meine Angehörigen einbezogen werden, ist ...	-0,03	0,04	0,07	0,003	0,000	0,00				
XI. Die Funktionsbereiche (EKG, Röntgen, Krankengymnastik) sind ...	0,01	-0,03	0,04	0,001	0,108	0,00				
XII. Die sorgfältige Vorbereitung der Entlassung ist mir ...	-0,01	0,01	0,02	0,000	0,183	0,00				

Anmerkung: Die differenzierte Beschreibung erfolgt in der Abbildung 87 / Tabelle 123 auf Seite 354 f.

Klassischer Einflussfaktor: Das Krankheitsbild im somatischen Bereich

Tabelle 126

Ergebnisse Einflussfaktor Krankheitsbilder im somatischen Bereich

Untersuchter Einflussfaktor: Krankheitsbilder im somatischen Bereich																			
Anzahl:		2.484	2.818	1.200	507	247	246	438	233	271	1.738								
Nr.	Skalen	Chirurgie	Innere	Gyn/ Geburt	Ortho- pädie	Augen	HNO	Uro- logie	Neuro- logie	Onko- logie	son- stiges	Spanne	r ² (KTT)	p von r ² (KTT)	Effekt (KTT)	r ² (PTT)	p von r ² (PTT)	Effekt (PTT)	
1	Gesamtzufriedenheit	0,01	0,08	-0,15	-0,10	-0,03	-0,08	-0,08	-0,04	-0,13	0,05	0,22	0,012	0,000	0,01	0,011	0,000	0,01	
2	Zufriedenheit ärztliche Versorgung	-0,01	0,07	-0,16	-0,01	0,10	-0,05	-0,03	-0,04	-0,20	0,05	0,30	0,014	0,000	0,01	0,013	0,000	0,01	
3	Zufriedenheit pfleg. Versorgung	0,01	0,06	-0,21	-0,05	0,04	-0,04	-0,10	0,05	-0,13	0,09	0,30	0,022	0,000	0,02	0,021	0,000	0,02	
4	Zufriedenheit Entlassung	-0,02	0,05	-0,17	-0,03	0,17	-0,12	-0,03	0,11	-0,11	0,08	0,34	0,012	0,000	0,01	0,014	0,000	0,01	
5	Zufriedenheit Infrastruktur	0,07	0,06	-0,02	-0,02	-0,18	-0,36	-0,05	-0,31	-0,41	-0,03	0,48	0,021	0,000	0,02	0,022	0,000	0,02	
6	Zufriedenheit Catering	0,02	0,03	0,08	-0,06	-0,03	-0,10	-0,06	-0,21	-0,19	-0,06	0,29	0,007	0,000	0,01	0,009	0,000	0,01	
7	Zufriedenheit Aufnahme	0,01	0,03	-0,11	0,00	0,03	-0,14	0,01	-0,04	-0,18	0,05	0,23	0,010	0,000	0,01	0,010	0,000	0,01	
8	Zufriedenheit Funktionsbereich	0,03	0,02	-0,07	-0,06	0,19	-0,12	-0,06	-0,07	-0,06	0,02	0,32	0,005	0,000	0,01	0,006	0,001	0,01	
9	Erlebnisse ärztlicher Bereich	0,00	0,00	0,00	0,02	-0,03	0,17	0,00	0,08	-0,15	-0,02	0,32	0,006	0,000	0,01	0,005	0,000	0,01	
10	Erlebnisse pfleg. Bereich	0,00	-0,01	-0,03	-0,07	-0,04	0,06	-0,03	0,07	-0,05	0,05	0,13	0,005	0,000	0,01	0,004	0,000	0,00	
Nr.	Einzelfragen												r ² Basismodell (PTT)	Δ r ² uniform (PTT)	Δ r ² nicht uniform (PTT)				
Zufriedenheitsfragen	1. Die Ausschilderung und die Mögl...	-0,03	-0,01	-0,03	0,19	-0,08	0,09	0,10	0,02	-0,19	0,05	0,38	0,008	0,000	0,01				
	7 2. Die Verständlichkeit der Aufnahm...	0,02	0,06	-0,11	-0,01	0,01	-0,13	-0,01	-0,05	-0,58	-0,36	0,64	0,011	0,000	0,01	0,51	0,002	0,003	
	7 3. Die Freundlichkeit des Personals	0,01	0,02	-0,11	-0,01	0,04	-0,16	0,02	-0,02	-0,03	0,22	0,38	0,007	0,000	0,01	0,73	0,000	0,002	
	3 4. Die Berücksichtigung meiner Sor...	0,02	0,07	-0,25	-0,04	0,03	-0,06	-0,11	0,03	0,13	0,32	0,57	0,021	0,000	0,02	0,71	0,001	0,001	
	3 5. Die Offenheit der Pflegekräfte für...	0,01	0,02	-0,19	-0,04	0,12	-0,02	-0,07	0,07	-0,48	-0,26	0,60	0,013	0,000	0,01	0,69	0,001	0,002	
	3 6. Die tägliche Unterstützung durch...	0,00	0,08	-0,22	-0,08	0,02	-0,02	-0,12	0,01	0,14	0,37	0,59	0,019	0,000	0,02	0,71	0,001	0,002	
	3 7. Die Auskünfte der Pflegekräfte de...	0,00	0,06	-0,19	-0,10	0,09	-0,07	-0,07	0,11	-0,61	-0,36	0,72	0,014	0,000	0,01	0,68	0,000	0,001	
	3 8. Die Freundlichkeit des Pflegepers...	0,00	0,05	-0,20	-0,03	-0,01	-0,09	-0,11	0,03	0,21	0,42	0,62	0,017	0,000	0,02	0,54	0,001	0,002	
	9. Die Wahrung meiner Intimsphäre	0,01	0,08	-0,16	-0,06	-0,10	-0,20	-0,06	-0,05	-0,08	0,13	0,33	0,016	0,000	0,02				
	2 10. Die Einfühlbarkeit, mit der mir...	-0,01	0,07	-0,17	-0,09	0,10	-0,08	-0,05	-0,09	-0,32	-0,02	0,42	0,013	0,000	0,01	0,69	0,001	0,002	
	2 11. Der Umgang der Ärzte mit mein...	0,00	0,04	-0,15	0,01	0,08	-0,02	0,01	-0,08	-0,23	0,03	0,31	0,009	0,000	0,01	0,78	0,001	0,001	
	2 12. Die Aufklärung durch die Ärzte t...	-0,01	0,08	-0,14	0,01	0,08	-0,08	-0,06	0,01	-0,38	-0,15	0,46	0,009	0,000	0,01	0,78	0,000	0,001	
	2 13. Die Freundlichkeit der Ärzte ist...	0,00	0,07	-0,18	-0,01	0,13	-0,06	-0,04	-0,01	0,17	0,31	0,49	0,013	0,000	0,01	0,71	0,001	0,001	
	14. Die Wirksamkeit, mit der meine...	-0,06	0,13	-0,16	-0,10	0,06	-0,11	-0,15	0,19	0,14	0,19	0,35	0,020	0,000	0,02				
	15. Der Erfolg der Behandlung ist bi...	-0,05	0,14	-0,29	-0,07	0,14	-0,15	-0,03	0,29	0,10	0,35	0,64	0,030	0,000	0,03				
	8 16. Die Wartezeiten (Röntgen, Labo...	0,01	0,06	-0,12	-0,03	0,26	-0,21	-0,08	-0,03	-0,08	-0,22	0,48	0,009	0,000	0,01	0,68	0,001	0,002	
	17. Meine Erfahrungen mit der Kran...	-0,07	0,20	-0,02	-0,36	0,23	0,33	0,17	-0,23	-0,03	0,06	0,69	0,042	0,000	0,04				
	8 18. Meine Erfahrungen mit der Rönt...	0,00	0,04	0,06	-0,07	0,03	-0,13	-0,06	-0,12	-0,08	-0,05	0,19	0,003	0,004	0,00	0,71	0,001	0,003	
	8 19. Meine Erfahrungen mit den and...	-0,04	-0,02	-0,10	0,02	0,12	-0,05	0,03	-0,03	0,14	0,17	0,27	0,005	0,000	0,00	0,70	0,003	0,003	
	20. Die Angemessenheit der Inform...	0,01	0,02	-0,11	-0,01	0,15	-0,08	-0,04	0,08	-0,44	-0,11	0,59	0,005	0,000	0,00				
5 21. Die Patientenzimmer sind ...	0,09	0,07	0,01	-0,04	-0,35	-0,39	0,02	-0,43	-0,51	-0,07	0,60	0,023	0,000	0,02	0,75	0,002	0,003		
5 22. Die hygienischen Verhältnisse is...	0,06	0,05	-0,04	0,00	-0,05	-0,32	-0,10	-0,18	0,28	0,12	0,60	0,015	0,000	0,02	0,70	0,002	0,003		
6 23. Die Cafeteria / der Kiosk ist / si...	0,01	0,07	0,02	-0,06	0,17	-0,21	0,04	-0,07	-0,33	-0,18	0,50	0,009	0,000	0,01	0,59	0,004	0,005		
6 24. Das Essen ist ...	0,03	0,00	0,12	-0,05	-0,13	-0,06	-0,12	-0,31	-0,12	0,11	0,43	0,009	0,000	0,01	0,65	0,004	0,004		
4 25. Die Vorbereitung auf meine Entl...	-0,02	0,07	-0,15	-0,05	0,23	-0,02	-0,01	0,10	-0,20	-0,03	0,43	0,011	0,000	0,01	0,71	0,001	0,001		
4 26. Die Aufklärung über Komplikat...	0,00	0,04	-0,21	-0,01	0,05	-0,17	-0,06	0,10	-0,37	-0,15	0,47	0,013	0,000	0,01	0,77	0,001	0,002		
1 27. Mein Gesamturteil aufgrund all...	0,02	0,08	-0,15	-0,09	-0,03	-0,12	-0,09	-0,04	-0,18	-0,05	0,24	0,013	0,000	0,01	0,75	0,001	0,001		
1 28. Ich werde dieses Krankenhaus ...	0,00	0,07	-0,13	-0,11	-0,05	-0,05	-0,03	-0,03	-1,07	-0,97	1,14	0,009	0,000	0,01	0,80	0,000	0,001		
Erlebnisfragen	9 a) Ich habe volles Vertrauen zu der...	0,02	0,00	0,06	0,01	-0,10	0,14	-0,01	0,08	-0,07	0,08	0,24	0,006	0,000	0,01	0,66	0,002	0,003	
	9 b) Die Ärzte sind da, wenn ich sie b...	-0,01	-0,01	0,00	0,01	-0,01	0,19	-0,01	0,08	-0,19	-0,08	0,38	0,004	0,000	0,00	0,75	0,000	0,001	
	9 c) Die Ärzte sind gesprächsbereit...	0,01	0,00	-0,05	0,05	0,07	0,15	0,01	0,06	-0,02	0,20	0,25	0,005	0,000	0,01	0,73	0,002	0,003	
	d) Es wird mit mir gesprochen, nich...	-0,01	0,02	-0,11	0,03	0,10	0,05	0,01	0,01	0,29	0,35	0,46	0,006	0,000	0,01				
	e) Ich kann meine Behandlung akti...	-0,03	-0,01	-0,11	-0,10	0,20	0,25	0,08	0,05	-0,57	-0,48	0,82	0,009	0,000	0,01				
	10 f) Ich habe volles Vertrauen zum P...	0,02	-0,01	0,02	-0,05	-0,07	0,07	-0,04	0,05	-0,10	-0,01	0,17	0,003	0,000	0,00	0,75	0,00	0,00	
	10 g) Die Pflegekräfte sind da, wenn ic...	0,00	0,01	-0,04	-0,05	-0,04	0,03	-0,03	0,06	0,00	0,11	0,16	0,005	0,000	0,00	0,76	0,00	0,00	
	10 h) Das Pflegepersonal ist gespräch...	0,01	0,00	-0,05	-0,08	0,00	0,08	-0,01	0,11	0,06	0,01	0,19	0,006	0,000	0,01	0,75	0,00	0,00	
	i) Bei Bedarf bekomme ich rechtzei...	-0,02	0,04	-0,09	-0,07	0,02	0,07	0,00	0,06	0,20	0,32	0,41	0,009	0,000	0,01				
	j) Das Personal nimmt sich Zeit für...	-0,01	0,01	-0,13	-0,07	0,04	0,12	0,01	0,12	2,15	1,96	2,28	0,009	0,000	0,01				
k) Mein Schlaf wird durchs Person...	-0,04	-0,01	-0,07	0,05	0,17	-0,09	0,03	0,03	0,49	0,46	0,58	0,007	0,000	0,01					
Wichtigkeitsfragen	l) Ich werde durch Zigarettenrauch...	0,00	-0,02	0,02	0,00	0,02	-0,02	-0,03	0,04	-1,47	-1,52	1,56	0,002	0,129	0,00				
	I. Die Qualität des Essens ist mir ...	-0,02	-0,05	0,04	0,05	0,10	-0,05	0,05	-0,03	-0,47	-0,56	0,66	0,004	0,000	0,00				
	II. Die hygienischen Verhältnisse im...	0,01	0,06	-0,14	-0,04	0,14	-0,22	0,00	-0,04	0,33	0,29	0,55	0,016	0,000	0,02				
	III. Der Gesamtzustand der Zimme...	-0,01	0,02	0,03	-0,04	0,06	0,05	-0,04	0,00	1,13	0,95	1,17	0,002	0,154	0,00				
	IV. Die Cafeteria / der Kiosk ist / si...	0,00	-0,08	0,15	-0,06	0,06	0,10	0,07	0,13	-1,22	-1,31	1,46	0,009	0,000	0,01				
	V. Die pflegerische Betreuung ist m...	-0,01	0,04	-0,21	-0,01	0,23	-0,05	0,03	0,13	-0,17	-0,22	0,45	0,024	0,000	0,02				
	VI. Die ärztliche Betreuung ist mir ...	-0,02	0,06	-0,16	-0,01	0,09	-0,09	-0,04	0,00	0,86	0,89	1,05	0,016	0,000	0,02				
	VII. Geringe Wartezeiten sind mir ...	-0,05	-0,03	0,01	0,03	0,13	0,05	0,02	-0,01	-0,45	-0,53	0,66	0,003	0,001	0,00				
	VIII. Die erfolgreiche Schmerzlinde...	-0,02	0,01	-0,06	-0,07	0,16	-0,07	0,03	0,00	0,35	0,36	0,43	0,006	0,000	0,01				
	IX. Eine reibungslose Aufnahme ist...	-0,01	-0,06	0,04	-0,01	0,08	0,09	0,06	0,07	-0,04	-0,03	0,15	0,005	0,000	0,01				
	X. Die Art und Weise, wie meine At...	0,01	-0,06	0,02	0,09	0,29	0,17	0,12	0,08	0,03	-0,04	0,35	0,011	0,000	0,01				
	XI. Die Funktionsbereiche (EKG, R...	0,00	-0,08	0,06	-0,14	0,20	0,16	0,16	-0,12	0,05	-0,01	0,34	0,019	0,000	0,02				
XII. Die sorgfältige Vorbereitung de...																			

Klassischer Einflussfaktor: Krankenhausart (Psychiatrie versus Somatik)

Tabelle 127

Ergebnisse Einflussfaktor Krankenhausart

Untersuchter Einflussfaktor: Krankenhausart (Psychiatrie versus Somatik)							
Anzahl:		4.680	4.905				
Skalen	Psychiatrie	Somatik	Spanne	r ² (KTT)	p von r ² (KTT)	Effekt (KTT)	
Einzelfragen							
Zufriedenheitsfragen	1. Die Ausschilderung und die Möglichkeit, sich im H	0,01	-0,01	0,01	0,000	0,396	0,00
	4. Die Berücksichtigung meiner Sorgen und Angste	0,12	-0,12	0,24	0,019	0,000	0,02
	5. Die Offenheit der Pflegekräfte für Anregungen un	0,08	-0,09	0,17	0,010	0,000	0,01
	6. Die tägliche Unterstützung durch das Pflegeperso	0,15	-0,15	0,30	0,033	0,000	0,03
	7. Die Auskünfte der Pflegekräfte der Station über d	0,07	-0,08	0,15	0,008	0,000	0,01
	9. Die Wahrung meiner Intimsphäre durch das Pers	0,08	-0,09	0,17	0,011	0,000	0,01
	10. Die Einfühlsamkeit, mit der mir die Diagnosen m	0,18	-0,18	0,36	0,041	0,000	0,04
	12. Die Aufklärung durch die Ärzte über Behandlung	0,22	-0,21	0,43	0,054	0,000	0,06
	15. Der Erfolg der Behandlung ist bis jetzt ...	0,15	-0,15	0,30	0,029	0,000	0,03
	20. Die Angemessenheit der Informationen für mein	0,19	-0,21	0,39	0,046	0,000	0,05
	21. Die Patientenzimmer sind ...	0,15	-0,16	0,31	0,030	0,000	0,03
	22. Die hygienischen Verhältnisse ist ...	0,07	-0,08	0,15	0,008	0,000	0,01
	24. Das Essen ist ...	0,12	-0,14	0,25	0,019	0,000	0,02
	25. Die Vorbereitung auf meine Entlassung aus dem	0,11	-0,12	0,23	0,017	0,000	0,02
27. Mein Gesamturteil aufgrund all meiner Erfahrung	0,13	-0,13	0,26	0,025	0,000	0,03	
Erlebnis	a) Ich habe volles Vertrauen zu den Ärzten.	0,13	-0,12	0,25	0,043	0,000	0,04
	d) Es wird mit mir gesprochen, nicht über mich.	0,09	-0,09	0,18	0,014	0,000	0,01
	f) Ich habe volles Vertrauen zum Pflegepersonal.	0,14	-0,13	0,27	0,052	0,000	0,05
Wichtigkeitsfragen	I. Die Qualität des Essens ist mir ...	-0,03	0,03	0,05	0,001	0,001	0,00
	II. Die hygienischen Verhältnisse im Krankenhaus s	0,10	-0,11	0,21	0,030	0,000	0,03
	III. Der Gesamtzustand der Zimmer ist mir ...	0,04	-0,05	0,08	0,004	0,000	0,00
	V. Die pflegerische Betreuung ist mir ...	0,13	-0,13	0,26	0,042	0,000	0,04
	VI. Die ärztliche Betreuung ist mir ...	0,14	-0,13	0,28	0,049	0,000	0,05
	IX. Eine reibungslose Aufnahme ist mir ...	0,01	-0,01	0,02	0,000	0,180	0,00
	X. Die Art und Weise, wie meine Angehörigen einbe	0,13	-0,13	0,26	0,025	0,000	0,03
	XII. Die sorgfältige Vorbereitung der Entlassung ist	-0,08	0,08	0,17	0,015		0,02

Anmerkung: Die differenzierte Beschreibung erfolgt in der Abbildung 87 / Tabelle 123 auf Seite 354 f.

Klassischer Einflussfaktor: Bildung (Schule) Variante 1

E. Über welchen Bildungsabschluss verfügen Sie?
(Bitte den höchsten Abschluss ankreuzen)

Keinen Schulabschluss Hauptschule

Realschule Fachhochschulreife / Fachabitur

Allgemeine Hochschulreife / Abitur

Abbildung 88 Operationalisierung der Bildung über die Schulbildung (Variante 1)

Tabelle 128

Ergebnisse Einflussfaktor Bildung (Schule) (Variante 1)

Untersuchter Einflussfaktor: Bildung (Schule)Varianten 1													
Anzahl:		29	354	525	435	254							
Nr.	Skalen	Keinen Schulabschluss	Realschule	Abitur	Hauptschule	Fachhochschule	Spanne	r ² (KTT)	p von r ² (KTT)	Effekt (KTT)	r ² (PTT)	p von r ² (PTT)	Effekt (PTT)
1	Gesamtzufriedenheit	0,14	-0,03	0,01	-0,04	0,00	0,18	0,007	0,027	0,01	0,008	0,013	0,01
2	Zufriedenheit ärztliche Versorgung	0,29	-0,04	0,00	-0,03	0,04	0,34	0,005	0,070	0,01	0,007	0,052	0,01
3	Zufriedenheit pfleg. Versorgung	0,12	-0,06	-0,02	0,01	0,02	0,18	0,009	0,004	0,01	0,013	0,005	0,01
4	Zufriedenheit Entlassung	0,11	-0,07	0,06	-0,06	0,03	0,18	0,006	0,101	0,01	0,005	0,287	0,01
5	Zufriedenheit Infrastruktur	-0,13	0,00	-0,09	0,06	0,01	0,19	0,010	0,001	0,01	0,010	0,003	0,01
6	Zufriedenheit Catering	0,12	-0,04	0,06	-0,08	0,02	0,19	0,007	0,024	0,01	0,006	0,158	0,01
7	Zufriedenheit Aufnahme	0,11	-0,08	0,02	0,00	0,00	0,19	0,008	0,011	0,01	0,006	0,039	0,01
8	Zufriedenheit Funktionsbereich	0,19	-0,09	0,07	-0,03	-0,02	0,29	0,012	0,001	0,01	0,017	0,012	0,02
9	Erlebnisse ärztlicher Bereich	0,04	0,00	0,07	-0,05	-0,01	0,12	0,008	0,009	0,01	0,013	0,001	0,01
10	Erlebnisse pfleg. Bereich	0,08	-0,04	0,08	-0,05	-0,01	0,13	0,012	0,001	0,01	0,016	0,000	0,02
Nr.	Einzelfragen										r ² Basismodell (PTT)	Δ r ² uniform (PTT)	Δ r ² nicht uniform (PTT)
1	Die Ausschliederung und die Mögl	0,20	-0,05	0,04	0,00	-0,01	0,24	0,003	0,255	0,00			
7	2. Die Verständlichkeit der Aufnahm	0,15	-0,08	0,03	0,03	-0,03	0,23	0,009	0,004	0,01	0,51	0,006	0,012
7	3. Die Freundlichkeit des Personals	0,07	-0,08	0,03	-0,04	0,04	0,15	0,006	0,038	0,01	0,66	0,000	0,001
3	4. Die Berücksichtigung meiner Sor	0,07	-0,09	-0,04	0,02	-0,02	0,15	0,014	0,000	0,01	0,71	0,008	0,008
3	5. Die Offenheit der Pflegekräfte für	0,19	-0,10	0,00	0,00	0,00	0,29	0,011	0,009	0,01	0,72	0,003	0,003
3	6. Die tägliche Unterstützung durch	0,16	0,01	-0,04	-0,02	0,02	0,21	0,007	0,028	0,01	0,75	0,002	0,003
3	7. Die Auskünfte der Pflegekräfte de	0,14	-0,09	0,08	-0,03	0,02	0,22	0,005	0,103	0,00	0,68	0,007	0,009
3	8. Die Freundlichkeit des Pflegepers	0,17	-0,04	-0,07	0,04	0,07	0,24	0,012	0,001	0,01	0,64	0,005	0,007
9	9. Die Wahrung meiner Intimsphäre	0,12	0,00	-0,11	0,03	-0,02	0,23	0,017	0,000	0,02			
2	10. Die Einfühlbarkeit, mit der mir d	0,21	-0,07	-0,03	0,03	0,01	0,28	0,006	0,066	0,01	0,64	0,007	0,008
2	11. Der Umgang der Ärzte mit mein	0,16	-0,01	0,00	-0,05	0,02	0,21	0,002	0,515	0,00	0,80	0,002	0,003
2	12. Die Aufklärung durch die Ärzte d	0,36	-0,04	0,03	-0,08	0,05	0,44	0,008	0,008	0,01	0,78	0,000	0,001
2	13. Die Freundlichkeit der Ärzte ist	0,38	-0,02	-0,03	-0,03	0,03	0,41	0,005	0,072	0,01	0,71	0,001	0,002
14	14. Die Wirksamkeit, mit der meine	0,24	-0,05	-0,06	0,01	-0,02	0,30	0,007	0,043	0,01			
15	15. Der Erfolg der Behandlung ist bi	0,12	-0,05	-0,07	0,05	0,05	0,20	0,006	0,061	0,01			
8	16. Die Wartezeiten (Röntgen, Labo	0,17	-0,10	0,08	-0,04	-0,05	0,27	0,010	0,004	0,01	0,71	0,000	0,001
17	17. Meine Erfahrungen mit der Kran	0,47	-0,11	0,07	-0,04	0,00	0,58	0,012	0,195	0,01			
8	18. Meine Erfahrungen mit der Rönt	0,13	-0,20	0,04	0,03	0,07	0,33	0,024	0,000	0,01	0,73	0,000	0,002
8	19. Meine Erfahrungen mit den and	-0,02	-0,12	0,00	0,04	0,03	0,16	0,008	0,070	0,01	0,69	0,002	0,003
20	20. Die Angemessenheit der Inform	0,13	-0,06	0,00	0,04	-0,02	0,19	0,003	0,543	0,00			
5	21. Die Patientenzimmer sind ...	-0,18	0,00	-0,09	0,07	0,00	0,25	0,008	0,009	0,01	0,79	-0,002	-0,001
5	22. Die hygienischen Verhältnisse is	0,00	0,00	-0,08	0,03	0,03	0,12	0,011	0,001	0,01	0,76	0,000	0,001
6	23. Die Cafeteria / der Kiosk ist / sir	0,06	-0,05	-0,01	0,01	0,02	0,11	0,001	0,815	0,00	0,52	0,007	0,008
6	24. Das Essen ist ...	0,15	-0,04	0,10	-0,13	0,02	0,27	0,012	0,001	0,01	0,55	0,009	0,009
4	25. Die Vorbereitung auf meine Entl	0,03	-0,04	0,07	-0,05	-0,03	0,11	0,003	0,466	0,00	0,63	-0,003	0,000
4	26. Die Aufklärung über Komplikat	0,06	-0,09	0,05	-0,06	0,08	0,17	0,007	0,092	0,01	0,62	0,017	0,018
1	27. Mein Gesamturteil aufgrund allr	0,17	-0,04	0,00	-0,03	0,00	0,21	0,007	0,025	0,01	0,65	0,002	0,004
1	28. Ich werde dieses Krankenhaus	0,10	-0,03	0,03	-0,05	-0,01	0,14	0,006	0,039	0,01	0,71	0,007	0,008
9	a) Ich habe volles Vertrauen zu der	-0,03	0,05	0,09	-0,09	-0,04	0,18	0,018	0,000	0,02	0,64	0,007	0,008
9	b) Die Ärzte sind da, wenn ich sie b	0,08	-0,03	0,07	-0,04	-0,03	0,11	0,006	0,067	0,01	0,73	-0,007	-0,006
9	c) Die Ärzte sind gesprächsbereit.	0,09	-0,03	0,05	-0,03	0,01	0,13	0,003	0,305	0,00	0,73	-0,001	0,000
	d) Es wird mit mir gesprochen, nich	0,29	-0,08	-0,06	0,10	0,01	0,38	0,011	0,003	0,01			
	e) Ich kann meine Behandlung akti	0,11	-0,14	0,05	0,02	0,02	0,25	0,007	0,071	0,01			
10	f) Ich habe volles Vertrauen zum Pf	0,09	-0,02	0,09	-0,06	-0,01	0,15	0,009	0,006	0,01	0,70	0,002	0,003
10	g) Die Pflegekräfte sind da, wenn id	0,14	-0,03	0,08	-0,06	0,02	0,20	0,011	0,001	0,01	0,73	-0,005	-0,004
10	h) Das Pflegepersonal ist gespräch	0,04	-0,05	0,08	-0,04	-0,03	0,13	0,010	0,003	0,01	0,74	-0,002	0,000
	i) Bei Bedarf bekomme ich rechtzei	-0,05	-0,07	0,06	0,00	-0,02	0,13	0,005	0,292	0,00			
	j) Das Personal nimmt sich Zeit für	0,22	-0,08	0,01	0,00	0,02	0,29	0,006	0,069	0,01			
	k) Mein Schlaf wird durchs Persone	-0,05	-0,04	-0,09	0,15	-0,03	0,23	0,017	0,000	0,02			
	l) Ich werde durch Zigarettenrauch	-0,06	0,05	-0,01	-0,01	-0,02	0,12	0,007	0,040	0,01			
I.	Die Qualität des Essens ist mir ...	-0,33	-0,06	0,10	-0,10	0,08	0,44	0,017	0,000	0,02			
II.	Die hygienischen Verhältnisse in	0,03	-0,07	-0,04	0,09	-0,04	0,16	0,013	0,000	0,01			
III.	Der Gesamtzustand der Zimme	0,02	0,01	0,02	-0,03	0,02	0,05	0,004	0,191	0,00			
IV.	Die Cafeteria / der Kiosk ist / sir	-0,40	0,03	0,13	-0,17	0,08	0,53	0,036	0,000	0,04			
V.	Die pflegerische Betreuung ist m	0,24	-0,05	-0,07	0,08	0,00	0,31	0,018	0,000	0,02			
VI.	Die ärztliche Betreuung ist mir ..	0,24	-0,01	-0,12	0,12	-0,06	0,36	0,048	0,000	0,05			
VII.	Geringe Wartezeiten sind mir ..	-0,21	-0,02	0,06	-0,02	0,02	0,27	0,005	0,064	0,01			
VIII.	Die erfolgreiche Schmerzlinder	-0,17	-0,02	0,03	-0,02	0,01	0,20	0,001	0,723	0,00			
IX.	Eine reibungslose Aufnahme ist	-0,17	-0,02	0,12	-0,09	0,03	0,29	0,019	0,000	0,02			
X.	Die Art und Weise, wie meine Af	-0,11	-0,02	0,13	-0,12	-0,01	0,24	0,017	0,000	0,02			
XI.	Die Funktionsbereiche (EKG, R	0,09	-0,01	0,07	-0,03	-0,03	0,12	0,005	0,149	0,00			
XII.	Die sorgfältige Vorbereitung de	0,02	-0,03	0,13	-0,09	-0,04	0,22	0,019	0,000	0,02			

Anmerkung: Die differenzierte Beschreibung erfolgt in der Abbildung 87 / Tabelle 123 auf Seite 354 f.

Klassischer Einflussfaktor: Bildung (Ausbildung) Variante 2

F. Welche Berufsausbildung haben Sie gemacht?

- Keine Berufsausbildung Abgeschlossene Lehre
 Abgeschlossenes Studium Sonstiges: _____

Abbildung 89 Operationalisierung der Bildung über die Berufsausbildung (Variante 2)

Tabelle 129

Ergebnisse Einflussfaktor Bildung (Ausbildung) (Variante 2)

Untersuchter Einflussfaktor: Bildung (Ausbildung)Varianten 2												
Anzahl:		112	441	832	115							
Nr.	Skalen	Keine Berufsausbildung	Abgeschlossenes Studium	Abgeschlossene Lehre	Sonstiges	Spanne	r ² (KTT)	p von r ² (KTT)	Effekt (KTT)	r ² (PTT)	p von r ² (PTT)	Effekt (PTT)
1	Gesamtzufriedenheit	0,04	-0,05	-0,02	0,05	0,10	0,008	0,006	0,01	0,009	0,005	0,01
2	Zufriedenheit ärztliche Versorgung	0,08	-0,04	0,00	-0,09	0,17	0,004	0,067	0,00	0,008	0,020	0,01
3	Zufriedenheit pfleg. Versorgung	0,08	-0,10	-0,01	0,05	0,18	0,017	0,000	0,02	0,014	0,002	0,01
4	Zufriedenheit Entlassung	0,04	0,04	-0,03	-0,12	0,16	0,003	0,203	0,00	0,001	0,812	0,00
5	Zufriedenheit Infrastruktur	-0,04	-0,13	0,06	-0,08	0,19	0,017	0,000	0,02	0,018	0,000	0,02
6	Zufriedenheit Catering	0,03	0,07	-0,05	0,08	0,13	0,006	0,031	0,01	0,007	0,060	0,01
7	Zufriedenheit Aufnahme	-0,03	0,00	-0,02	-0,10	0,10	0,004	0,116	0,00	0,004	0,134	0,00
8	Zufriedenheit Funktionsbereich	0,03	0,00	-0,04	0,01	0,07	0,006	0,035	0,01	0,004	0,430	0,00
9	Erlebnisse ärztlicher Bereich	0,03	0,03	0,01	-0,01	0,04	0,001	0,603	0,00	0,002	0,576	0,00
10	Erlebnisse pfleg. Bereich	0,01	-0,01	-0,01	0,08	0,09	0,003	0,204	0,00	0,003	0,184	0,00
Nr.	Einzelfragen									r ² Basismodell (PTT)	Δ r ² uniform (PTT)	Δ r ² nicht uniform (PTT)
1	Die Ausschilderung und die Mögl	-0,03	0,05	-0,02	-0,02	0,08	0,002	0,366	0,00			
2	Die Verständlichkeit der Aufnahm	-0,05	0,03	-0,01	-0,09	0,12	0,003	0,173	0,00	0,51	0,008	0,008
3	Die Freundlichkeit des Personals	0,02	0,02	-0,03	-0,07	0,09	0,002	0,275	0,00	0,66	-0,002	0,001
4	Die Berücksichtigung meiner Sor	0,04	-0,15	-0,01	0,10	0,25	0,016	0,000	0,02	0,71	0,003	0,004
5	Die Offenheit der Pflegekräfte für	0,11	-0,07	-0,02	0,05	0,18	0,008	0,028	0,01	0,72	-0,002	-0,002
6	Die tägliche Unterstützung durch	0,07	-0,16	0,02	0,07	0,23	0,019	0,000	0,02	0,75	0,002	0,003
7	Die Auskünfte der Pflegekräfte de	0,12	0,00	-0,04	0,03	0,16	0,004	0,140	0,00	0,68	0,005	0,006
8	Die Freundlichkeit des Pflegepers	0,13	-0,11	-0,01	0,01	0,24	0,020	0,000	0,02	0,64	0,007	0,008
9	Die Wahrung meiner Intimsphäre	0,03	-0,13	0,01	-0,01	0,16	0,017	0,000	0,02			
10	Die Einführbarkeit, mit der mir	0,18	-0,08	0,01	-0,11	0,29	0,012	0,001	0,01	0,64	0,010	0,012
11	Der Umgang der Ärzte mit mein	0,06	-0,02	0,00	-0,06	0,12	0,001	0,717	0,00	0,80	0,013	0,013
12	Die Aufklärung durch die Ärzte	0,09	-0,03	0,00	-0,12	0,21	0,004	0,084	0,00	0,78	0,006	0,008
13	Die Freundlichkeit der Ärzte ist	0,06	-0,05	0,01	-0,08	0,14	0,004	0,128	0,00	0,71	0,007	0,007
14	Die Wirksamkeit, mit der meine	0,13	-0,11	-0,03	-0,04	0,24	0,011	0,002	0,01			
15	Der Erfolg der Behandlung ist b	0,15	-0,11	0,02	-0,18	0,33	0,016	0,000	0,02			
16	Die Wartezeiten (Röntgen, Labo	-0,02	0,00	-0,03	0,05	0,08	0,002	0,519	0,00	0,71	-0,005	-0,004
17	Meine Erfahrungen mit der Kran	0,26	-0,12	-0,04	0,23	0,38	0,020	0,025	0,02			
18	Meine Erfahrungen mit der Rönt	0,05	-0,02	-0,01	0,05	0,07	0,006	0,135	0,01	0,73	0,003	0,003
19	Meine Erfahrungen mit den and	0,01	-0,08	0,02	-0,05	0,10	0,008	0,035	0,01	0,69	0,000	0,001
20	Die Angemessenheit der Inform	0,02	-0,07	0,00	0,01	0,09	0,004	0,237	0,00			
21	Die Patientenzimmer sind ...	0,00	-0,13	0,05	-0,11	0,18	0,015	0,000	0,02	0,79	-0,003	-0,003
22	Die hygienischen Verhältnisse is	-0,04	-0,12	0,06	-0,08	0,18	0,013	0,000	0,01	0,76	-0,003	-0,003
23	Die Cafeteria / der Kiosk ist / sin	0,02	0,03	-0,03	-0,01	0,06	0,001	0,702	0,00	0,52	0,012	0,012
24	Das Essen ist ...	0,01	0,09	-0,07	0,14	0,21	0,008	0,006	0,01	0,55	0,011	0,012
25	Die Vorbereitung auf meine Entl	0,03	0,01	-0,03	-0,11	0,14	0,001	0,674	0,00	0,63	-0,004	-0,003
26	Die Aufklärung über Komplikat	0,03	0,04	-0,03	-0,06	0,10	0,002	0,465	0,00	0,62	0,000	0,000
27	Mein Gesamturteil aufgrund all r	-0,01	-0,06	-0,01	0,02	0,08	0,009	0,005	0,01	0,65	0,005	0,005
28	Ich werde dieses Krankenhaus v	0,09	-0,02	-0,02	0,07	0,11	0,009	0,003	0,01	0,71	0,011	0,011
9 a)	Ich habe volles Vertrauen zu der	-0,07	0,04	0,01	-0,03	0,11	0,007	0,017	0,01	0,64	0,002	0,004
9 b)	Die Ärzte sind da, wenn ich sie b	0,06	0,02	0,00	-0,07	0,13	0,001	0,593	0,00	0,73	-0,006	-0,005
9 c)	Die Ärzte sind gesprächsbereit	0,09	0,01	0,00	0,02	0,09	0,000	0,959	0,00	0,73	0,004	0,005
d)	Es wird mit mir gesprochen, nicht	0,17	-0,08	0,00	0,00	0,25	0,006	0,046	0,01			
e)	Ich kann meine Behandlung akti	0,12	-0,04	0,01	0,11	0,16	0,002	0,632	0,00			
f)	Ich habe volles Vertrauen zum Pf	0,02	-0,01	0,00	0,11	0,12	0,003	0,267	0,00	0,70	0,000	0,001
g)	Die Pflegekräfte sind da, wenn ic	-0,02	0,00	0,01	0,02	0,04	0,000	0,951	0,00	0,73	-0,005	-0,004
h)	Das Pflegepersonal ist gespräch	-0,01	-0,03	-0,01	0,14	0,17	0,006	0,026	0,01	0,74	-0,006	-0,006
i)	Bei Bedarf bekomme ich rechtzei	-0,01	-0,06	0,02	-0,01	0,08	0,003	0,402	0,00			
j)	Das Personal nimmt sich Zeit für	0,10	-0,05	-0,03	0,13	0,18	0,010	0,002	0,01			
k)	Mein Schlaf wird durchs Persona	-0,06	-0,06	0,04	-0,16	0,20	0,008	0,010	0,01			
l)	Ich werde durch Zigarettenrauch	0,00	0,00	0,02	-0,08	0,10	0,007	0,024	0,01			
I.	Die Qualität des Essens ist mir ...	-0,20	0,17	-0,06	-0,09	0,37	0,022	0,000	0,02			
II.	Die hygienischen Verhältnisse im	0,09	-0,03	-0,02	-0,09	0,18	0,009	0,003	0,01			
III.	Der Gesamtzustand der Zimmer	0,00	0,05	-0,02	-0,04	0,09	0,003	0,186	0,00			
IV.	Die Cafeteria / der Kiosk ist / sir	-0,22	0,22	-0,07	-0,02	0,44	0,037	0,000	0,04			
V.	Die pflegerische Betreuung ist m	0,09	-0,08	0,00	0,00	0,17	0,012	0,000	0,01			
VI.	Die ärztliche Betreuung ist mir	0,09	-0,14	0,02	-0,01	0,23	0,031	0,000	0,03			
VII.	Geringe Wartezeiten sind mir	-0,04	0,07	-0,05	0,12	0,17	0,008	0,007	0,01			
VIII.	Die erfolgreiche Schmerzlinder	0,01	0,06	-0,03	0,01	0,09	0,005	0,054	0,01			
IX.	Eine reibungslose Aufnahme ist	-0,02	0,15	-0,05	0,02	0,20	0,019	0,000	0,02			
X.	Die Art und Weise, wie meine Ar	-0,07	0,11	-0,05	0,04	0,18	0,010	0,002	0,01			
XI.	Die Funktionsbereiche (EKG, R	0,03	0,02	-0,04	0,27	0,31	0,015	0,000	0,02			
XII.	Die sorgfältige Vorbereitung de	-0,06	0,13	-0,05	0,02	0,19	0,014	0,000	0,01			

Anmerkung: Die differenzierte Beschreibung erfolgt in der Abbildung 87 / Tabelle 123 auf Seite 354 f.

Klassischer Einflussfaktor: Einkommen (Beruf)Variante 1

G. Berufliche Situation:

<input type="checkbox"/> Rentner	<input type="checkbox"/> Berufstätig
<input type="checkbox"/> Arbeitslos	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

Abbildung 90 Operationalisierung des Einkommens über die berufliche Situation (Variante 1)

Tabelle 130

Ergebnisse Einflussfaktor Einkommen (Variante 1)

Untersuchter Einflussfaktor: Einkommen Varianten 1 - Berufstätigkeit												
Anzahl:		329	23	368	123							
Nr.	Skalen	Rentner	Arbeitslos	Berufstätig	Sonstiges	Spanne	r ² (KTT)	p von r ² (KTT)	Effekt (KTT)	r ² (PTT)	p von r ² (PTT)	Effekt (PTT)
1	Gesamtzufriedenheit	-0,14	-0,08	-0,17	-0,12	0,09	0,036	0,000	0,04	0,036	0,000	0,04
2	Zufriedenheit ärztliche Versorgung	-0,11	0,13	-0,05	-0,01	0,24	0,010	0,001	0,01	0,016	0,000	0,02
3	Zufriedenheit pfleg. Versorgung	-0,02	0,18	-0,18	-0,16	0,36	0,026	0,000	0,03	0,020	0,000	0,02
4	Zufriedenheit Entlassung	0,00	-0,12	-0,04	0,05	0,17	0,002	0,570	0,00	0,003	0,371	0,00
5	Zufriedenheit Infrastruktur	-0,15	-0,15	-0,25	-0,24	0,10	0,061	0,000	0,07	0,058	0,000	0,06
6	Zufriedenheit Catering	-0,08	-0,14	-0,10	0,01	0,15	0,012	0,000	0,01	0,014	0,002	0,01
7	Zufriedenheit Aufnahme	-0,05	0,02	-0,10	-0,13	0,15	0,011	0,001	0,01	0,011	0,001	0,01
8	Zufriedenheit Funktionsbereich	-0,08	0,13	-0,16	-0,06	0,29	0,021	0,000	0,02	0,008	0,121	0,01
9	Erlebnisse ärztlicher Bereich	-0,15	0,04	0,10	0,11	0,26	0,027	0,000	0,01	0,031	0,000	0,01
10	Erlebnisse pfleg. Bereich	-0,11	0,01	-0,01	-0,01	0,12	0,014	0,000	0,01	0,019	0,000	0,02
Nr.	Einzelfragen						r ² Basismodell (PTT)	Δ r ² uniform (PTT)	Δ r ² nicht uniform (PTT)			
1	Die Ausschilderung und die Mögli	-0,13	-0,03	-0,04	0,04	0,17	0,011	0,001	0,01			
7	Die Verständlichkeit der Aufnahm	0,01	0,05	-0,09	-0,18	0,23	0,006	0,020	0,01	0,51	0,006	0,007
7	Die Freundlichkeit des Personals	-0,09	-0,03	-0,11	-0,07	0,08	0,011	0,001	0,01	0,66	-0,006	-0,003
3	Die Berücksichtigung meiner Sor	-0,02	0,27	-0,16	-0,23	0,50	0,013	0,000	0,01	0,71	0,001	0,004
3	Die Offenheit der Pflegekräfte für	0,01	0,10	-0,15	-0,02	0,25	0,012	0,004	0,01	0,72	0,007	0,008
3	Die tägliche Unterstützung durch	-0,06	0,12	-0,19	-0,19	0,31	0,023	0,000	0,02	0,75	0,002	0,003
3	Die Auskünfte der Pflegekräfte de	-0,06	0,10	-0,17	-0,04	0,27	0,017	0,000	0,02	0,68	0,001	0,003
3	Die Freundlichkeit des Pflegepers	-0,03	0,20	-0,19	-0,19	0,39	0,025	0,000	0,03	0,64	0,004	0,005
9	Die Wahrung meiner Intimsphäre	0,00	0,16	-0,19	-0,06	0,35	0,022	0,000	0,02			
2	Die Einfühlbarkeit mit der mir d	-0,12	0,22	-0,13	-0,02	0,35	0,019	0,000	0,02	0,64	0,014	0,015
2	Der Umgang der Ärzte mit mein	-0,14	0,11	0,00	-0,06	0,25	0,007	0,014	0,01	0,80	0,002	0,002
12	Die Aufklärung durch die Ärzte	-0,15	0,17	-0,06	0,11	0,32	0,011	0,001	0,01	0,78	0,001	0,002
13	Die Freundlichkeit der Ärzte ist	-0,10	0,19	-0,02	-0,03	0,29	0,006	0,036	0,01	0,71	-0,002	-0,001
14	Die Wirksamkeit mit der meine	-0,02	0,16	-0,12	0,01	0,28	0,006	0,037	0,01			
15	Der Erfolg der Behandlung ist bi	0,08	0,22	-0,17	-0,16	0,39	0,014	0,000	0,01			
8	Die Wartezeiten (Röntgen, Labo	0,02	0,06	-0,24	-0,07	0,30	0,019	0,000	0,02	0,71	-0,001	0,001
17	Meine Erfahrungen mit der Kran	0,15	0,03	-0,06	-0,21	0,36	0,006	0,408	0,01			
18	Meine Erfahrungen mit der Rönt	-0,15	0,11	-0,09	-0,11	0,26	0,026	0,000	0,03	0,73	0,001	0,003
19	Meine Erfahrungen mit den and	-0,06	0,31	-0,16	-0,20	0,51	0,018	0,000	0,02	0,69	0,002	0,009
20	Die Angemessenheit der Inform	-0,01	0,18	-0,11	-0,07	0,29	0,006	0,113	0,01			
5	Die Patientenzimmer sind ...	-0,13	-0,14	-0,24	-0,18	0,11	0,047	0,000	0,05	0,79	0,002	0,004
22	Die hygienischen Verhältnisse is	-0,18	-0,11	-0,26	-0,30	0,19	0,059	0,000	0,06	0,76	0,004	0,006
6	Die Cafeteria / der Kiosk ist / sin	0,03	-0,30	-0,14	-0,11	0,33	0,012	0,003	0,01	0,52	0,016	0,016
6	Das Essen ist ...	-0,19	-0,13	-0,08	0,12	0,31	0,016	0,000	0,02	0,55	0,015	0,016
4	Die Vorbereitung auf meine Entl	0,03	-0,12	0,01	0,07	0,19	0,001	0,893	0,00	0,63	0,006	0,011
4	Die Aufklärung über Komplikat	-0,08	-0,08	-0,10	-0,01	0,09	0,011	0,011	0,01	0,62	-0,002	0,003
1	Mein Gesamturteil aufgrund all	-0,14	-0,11	-0,19	-0,12	0,08	0,039	0,000	0,04	0,65	-0,002	-0,001
1	Ich werde dieses Krankenhaus	-0,17	-0,01	-0,13	-0,08	0,16	0,033	0,000	0,03	0,71	0,012	0,012
9	a) Ich habe volles Vertrauen zu der	-0,15	0,17	0,12	0,12	0,32	0,025	0,000	0,01	0,64	-0,001	-0,001
9	b) Die Ärzte sind da, wenn ich sie	-0,18	-0,02	0,12	0,06	0,30	0,025	0,000	0,03	0,73	-0,016	-0,013
9	c) Die Ärzte sind gesprächsbereit,	-0,14	0,04	0,06	0,08	0,22	0,012	0,000	0,01	0,73	-0,008	-0,008
	d) Es wird mit mir gesprochen, nicht	0,01	-0,07	-0,02	-0,04	0,08	0,000	0,951	0,00			
	e) Ich kann meine Behandlung zum	-0,10	-0,02	-0,02	0,14	0,24	0,004	0,247	0,00			
10	f) Ich habe volles Vertrauen zum Pf	-0,14	0,19	0,01	0,06	0,33	0,015	0,000	0,02	0,70	0,000	0,001
10	g) Die Pflegekräfte sind da, wenn ic	-0,11	0,01	-0,02	-0,04	0,12	0,014	0,000	0,01	0,73	-0,005	-0,004
10	h) Das Pflegepersonal ist gespräch	-0,09	-0,09	-0,02	-0,04	0,07	0,009	0,005	0,01	0,74	-0,004	-0,003
	i) Bei Bedarf bekomme ich rechtzei	-0,11	0,15	-0,05	-0,08	0,26	0,013	0,007	0,01			
	j) Das Personal nimmt sich Zeit für	-0,06	0,03	-0,08	-0,14	0,17	0,008	0,007	0,01			
	k) Mein Schlaf wird durchs Persona	0,27	-0,01	-0,16	-0,37	0,64	0,040	0,000	0,04			
	l) Ich werde durch Zigarettenrauch	0,05	0,01	0,08	0,08	0,07	0,010	0,003	0,01			
	I. Die Qualität des Essens ist mir ...	0,08	-0,11	0,00	-0,19	0,27	0,004	0,115	0,00			
	II. Die hygienischen Verhältnisse im	0,16	-0,28	-0,12	-0,21	0,44	0,030	0,000	0,03			
	III. Der Gesamtzustand der Zimmer	0,02	0,12	0,00	-0,04	0,16	0,001	0,740	0,00			
	IV. Die Cafeteria / der Kiosk ist / sin	0,04	-0,30	0,14	0,20	0,50	0,016	0,000	0,02			
	V. Die pflegerische Betreuung ist m	0,15	0,03	-0,12	-0,25	0,40	0,024	0,000	0,02			
	VI. Die ärztliche Betreuung ist mir ...	0,11	0,08	-0,08	-0,06	0,19	0,015	0,000	0,02			
	VII. Geringe Wartezeiten sind mir ...	0,04	0,01	-0,06	-0,07	0,11	0,002	0,341	0,00			
	VIII. Die erfolgreiche Schmerzlinde	0,04	0,10	-0,03	-0,01	0,13	0,002	0,440	0,00			
	IX. Eine reibungslose Aufnahme ist	-0,05	-0,08	0,04	-0,07	0,12	0,003	0,191	0,00			
	X. Die Art und Weise, wie meine A	-0,09	-0,13	-0,03	0,10	0,23	0,006	0,043	0,01			
	XI. Die Funktionsbereiche (EKG, R	-0,07	0,04	0,01	0,11	0,18	0,005	0,067	0,01			
	XII. Die sorgfältige Vorbereitung de	-0,05	-0,14	-0,04	0,16	0,30	0,003	0,167	0,00			

Anmerkung: Die differenzierte Beschreibung erfolgt in der Abbildung 87 / Tabelle 123 auf Seite 354 f.

Klassischer Einflussfaktor: Einkommen (Finanzsituation) Variante 2

erstklassig
sehr gut
gut
befriedigend
schlecht

Wie beurteilen Sie Ihre finanzielle Situation ...

Abbildung 91 Operationalisierung Einkommen (Variante 2)

Tabelle 131

Ergebnisse Einflussfaktor Einkommen (Variante 2)

Untersuchter Einflussfaktor: Einkommen Variante 2 - Finanzielle Situation													
		Anzahl:	38	266	805	401	78						
Nr.	Skalen	erstklassig	sehr gut	gut	befriedigend	schlecht	Spanne	r ² (KTT)	p von r ² (KTT)	Effekt (KTT)	r ² (PTT)	p von r ² (PTT)	Effekt (PTT)
1	Gesamtzufriedenheit	0,04	-0,05	-0,02	-0,01	-0,08	0,12	0,000	0,950	0,00	0,000	0,887	0,00
2	Zufriedenheit ärztliche Versorgung	0,01	0,01	-0,03	0,01	-0,06	0,07	0,000	0,813	0,00	0,000	0,623	0,00
3	Zufriedenheit pfleg. Versorgung	-0,13	-0,04	-0,04	0,03	0,10	0,23	0,003	0,026	0,00	0,001	0,429	0,00
4	Zufriedenheit Entlassung	-0,13	-0,05	-0,02	0,01	-0,15	0,15	0,000	0,749	0,00	0,000	0,616	0,00
5	Zufriedenheit Infrastruktur	-0,12	-0,15	-0,03	0,06	0,03	0,22	0,007	0,001	0,01	0,005	0,008	0,00
6	Zufriedenheit Catering	0,12	-0,03	-0,04	0,00	0,18	0,22	0,001	0,266	0,00	0,002	0,111	0,00
7	Zufriedenheit Aufnahme	0,12	-0,09	-0,01	-0,02	-0,03	0,21	0,000	0,728	0,00	0,000	0,657	0,00
8	Zufriedenheit Funktionsbereich	0,03	0,06	-0,05	0,01	-0,12	0,18	0,001	0,316	0,00	0,000	0,000	0,00
9	Erlebnisse ärztlicher Bereich	0,19	0,05	-0,03	0,02	0,02	0,22	0,000	0,387	0,00	0,003	0,048	0,00
10	Erlebnisse pfleg. Bereich	0,03	0,02	0,00	0,01	-0,06	0,09	0,000	0,427	0,00	0,002	0,095	0,00
Nr.	Einzelfragen										r ² Basismodell (PTT)	Δ r ² uniform (PTT)	Δ r ² nicht uniform (PTT)
Zufriedenheitsfragen	1. Die Ausschulderung und die Mögl	0,03	-0,07	-0,01	0,02	0,08	0,15	0,001	0,153	0,00			
	2. Die Verständlichkeit der Aufnahm	0,09	-0,10	-0,01	0,01	-0,07	0,19	0,000	0,404	0,00	0,51	-0,008	-0,008
	3. Die Freundlichkeit des Personals	0,13	-0,05	-0,01	-0,05	0,01	0,18	0,000	0,694	0,00	0,66	0,001	0,002
	4. Die Berücksichtigung meiner Sor	-0,29	-0,04	-0,03	0,02	0,10	0,39	0,003	0,029	0,00	0,71	0,002	0,002
	5. Die Offenheit der Pflegekräfte für	0,13	0,01	-0,05	0,00	0,08	0,17	0,000	0,914	0,00	0,72	0,001	0,002
	6. Die tägliche Unterstützung durch	-0,21	-0,06	-0,04	0,02	0,13	0,34	0,004	0,014	0,00	0,75	-0,003	-0,003
	7. Die Auskünfte der Pflegekräfte de	-0,07	-0,03	-0,01	0,00	-0,02	0,07	0,000	0,619	0,00	0,68	-0,003	-0,002
	8. Die Freundlichkeit des Pflegepers	-0,13	-0,05	-0,02	0,02	0,18	0,31	0,004	0,017	0,00	0,64	-0,002	-0,002
	9. Die Wahrung meiner Intimsphäre	-0,24	-0,17	-0,01	0,01	0,10	0,34	0,009	0,000	0,01			
	10. Die Einfühlsamkeit, mit der mir d	0,02	-0,07	-0,02	0,00	-0,04	0,09	0,000	0,554	0,00	0,64	0,001	0,001
	11. Der Umgang der Ärzte mit mein	-0,04	0,03	-0,05	0,03	-0,19	0,22	0,000	0,574	0,00	0,80	-0,003	-0,003
	12. Die Aufklärung durch die Ärzte i	0,02	0,05	-0,04	0,02	-0,07	0,13	0,000	0,570	0,00	0,78	-0,001	-0,001
	13. Die Freundlichkeit der Ärzte ist	-0,04	0,03	-0,03	0,00	-0,06	0,09	0,000	0,601	0,00	0,71	0,001	0,001
	14. Die Wirksamkeit, mit der meine	-0,24	-0,02	-0,06	-0,02	0,09	0,33	0,002	0,146	0,00			
	15. Der Erfolg der Behandlung ist bi	-0,40	-0,08	-0,06	0,08	0,07	0,48	0,010	0,000	0,01			
	16. Die Wartezeiten (Röntgen, Labg	0,09	-0,03	-0,05	0,07	-0,16	0,25	0,000	0,824	0,00	0,71	-0,002	-0,001
	17. Meine Erfahrungen mit der Kran	-0,14	-0,14	-0,08	0,12	0,08	0,26	0,009	0,043	0,01			
	18. Meine Erfahrungen mit der Rönt	0,12	0,00	-0,05	0,02	0,01	0,17	0,000	0,782	0,00	0,73	0,000	0,000
	19. Meine Erfahrungen mit den and	-0,10	0,09	-0,04	0,03	-0,22	0,31	0,001	0,321	0,00	0,69	0,002	0,003
	20. Die Angemessenheit der Inform	0,03	-0,10	-0,01	0,06	-0,05	0,15	0,002	0,230	0,00			
21. Die Patientenzimmer sind ...	-0,13	-0,16	-0,02	0,06	-0,01	0,22	0,005	0,004	0,01	0,79	-0,003	-0,003	
22. Die hygienischen Verhältnisse is	-0,09	-0,12	-0,04	0,05	0,10	0,22	0,005	0,005	0,01	0,76	-0,006	-0,006	
23. Die Cafeteria / der Kiosk ist / sir	-0,05	-0,12	0,00	0,01	0,14	0,26	0,003	0,055	0,00	0,52	0,010	0,011	
24. Das Essen ist ...	0,17	-0,02	-0,05	0,01	0,23	0,28	0,001	0,341	0,00	0,55	0,015	0,015	
25. Die Vorbereitung auf meine Entl	-0,16	-0,09	-0,02	0,03	-0,27	0,31	0,000	0,642	0,00	0,63	-0,002	-0,001	
26. Die Aufklärung über Komplikat	-0,08	0,02	-0,03	0,01	-0,06	0,10	0,000	0,975	0,00	0,62	0,005	0,005	
27. Mein Gesamturteil aufgrund all r	0,09	-0,05	-0,02	-0,02	-0,09	0,18	0,000	0,648	0,00	0,65	0,000	0,000	
1. Ich werde dieses Krankenhaus v	0,02	-0,03	-0,02	0,00	-0,11	0,13	0,000	0,829	0,00	0,71	-0,003	-0,003	
Ergebnisfragen	a) Ich habe volles Vertrauen zu der	0,19	0,03	-0,03	0,03	0,04	0,22	0,000	0,755	0,00	0,64	0,008	0,008
	b) Die Ärzte sind da, wenn ich sie b	0,20	0,04	-0,03	0,00	-0,01	0,23	0,001	0,193	0,00	0,73	-0,006	-0,006
	c) Die Ärzte sind gesprächsbereit,	0,23	0,09	-0,05	0,04	0,02	0,29	0,001	0,198	0,00	0,73	-0,004	-0,003
	d) Es wird mit mir gesprochen, nich	0,02	0,02	-0,08	0,09	0,08	0,17	0,002	0,093	0,00			
	e) Ich kann meine Behandlung aktiv	-0,06	-0,02	-0,02	0,04	-0,31	0,35	0,000	0,492	0,00			
	f) Ich habe volles Vertrauen zum Pf	0,07	0,01	0,02	-0,03	-0,09	0,16	0,002	0,095	0,00	0,70	-0,008	-0,008
	g) Die Pflegekräfte sind da, wenn ic	-0,02	0,05	-0,02	0,03	-0,04	0,09	0,000	0,777	0,00	0,73	-0,013	-0,013
	h) Das Pflegepersonal ist gespräch	0,06	0,02	-0,01	0,00	-0,04	0,11	0,001	0,344	0,00	0,74	-0,009	-0,009
	i) Bei Bedarf bekomme ich rechtzei	-0,03	-0,03	-0,02	0,02	0,12	0,15	0,002	0,198	0,00			
	j) Das Personal nimmt sich Zeit für	-0,19	0,01	-0,02	0,01	0,12	0,31	0,001	0,152	0,00			
Wichtigkeitsfragen	k) Mein Schlaf wird durchs Person	-0,27	-0,08	0,01	0,04	0,07	0,34	0,006	0,004	0,01			
	l) Ich werde durch Zigarettenrauch	0,06	0,03	-0,01	0,02	0,01	0,06	0,000	0,839	0,00			
	I. Die Qualität des Essens ist mir ...	-0,07	0,05	0,03	-0,04	-0,22	0,27	0,003	0,021	0,00			
	II. Die hygienischen Verhältnisse im	-0,01	-0,06	0,01	0,02	0,05	0,12	0,002	0,081	0,00			
	III. Der Gesamtzustand der Zimme	0,15	-0,03	0,01	0,01	-0,17	0,32	0,001	0,218	0,00			
	IV. Die Cafeteria / der Kiosk ist / sir	0,21	0,05	0,02	-0,04	-0,27	0,48	0,007	0,001	0,01			
	V. Die pflegerische Betreuung ist m	-0,13	-0,04	0,01	-0,01	0,11	0,24	0,002	0,062	0,00			
	VI. Die ärztliche Betreuung ist mir ...	-0,02	-0,10	-0,01	0,02	0,11	0,21	0,007	0,001	0,01			
	VII. Geringe Wartezeiten sind mir ...	-0,09	-0,03	0,05	0,00	-0,05	0,14	0,000	0,937	0,00			
	VIII. Die erfolgreiche Schmerzlinde	0,05	0,00	0,02	-0,01	0,00	0,06	0,000	0,641	0,00			
	IX. Eine reibungslose Aufnahme ist	0,07	0,00	0,03	-0,02	-0,12	0,19	0,002	0,095	0,00			
	X. Die Art und Weise, wie meine Ar	0,04	0,04	0,02	-0,04	-0,15	0,19	0,003	0,042	0,00			
XI. Die Funktionsbereiche (EKG, R	-0,03	0,05	0,01	-0,01	-0,11	0,15	0,001	0,203	0,00				
XII. Die sorgfältige Vorbereitung de	0,20	0,03	0,04	-0,06	-0,15	0,35	0,007	0,001	0,01				

Anmerkung: Die differenzierte Beschreibung erfolgt in der Abbildung 87 / Tabelle 123 auf Seite 354 f.

Klassischer Einflussfaktor: Sozioökonomische Klasse

Tabelle 132

Ergebnisse Einflussfaktor sozioökonomische Klasse

Untersuchter Einflussfaktor: Sozioökonomische Klasse- Privatpatient										
		Anzahl:	483	1.088						
Nr.	Skalen	privat versichert	nicht privat versichert	Spanne	r ² (KTT)	p von r ² (KTT)	Effekt (KTT)	r ² (PTT)	p von r ² (PTT)	Effekt (PTT)
1	Gesamtzufriedenheit	0,04	-0,01	0,05	0,001	0,235	0,00	0,001	0,373	0,00
2	Zufriedenheit ärztliche Versorgung	-0,04	0,01	0,05	0,001	0,200	0,00	0,002	0,118	0,00
3	Zufriedenheit pfleg. Versorgung	0,00	0,00	0,00	0,000	0,989	0,00	0,000	0,677	0,00
4	Zufriedenheit Entlassung	-0,04	0,00	0,04	0,001	0,392	0,00	0,002	0,143	0,00
5	Zufriedenheit Infrastruktur	-0,06	0,03	0,08	0,002	0,057	0,00	0,002	0,063	0,00
6	Zufriedenheit Catering	0,11	-0,05	0,16	0,009	0,000	0,01	0,007	0,005	0,01
7	Zufriedenheit Aufnahme	0,07	-0,04	0,11	0,007	0,001	0,01	0,007	0,002	0,01
8	Zufriedenheit Funktionsbereich	0,02	-0,01	0,03	0,000	0,513	0,00	0,000	0,000	0,00
9	Erlebnisse ärztlicher Bereich	-0,04	0,02	0,06	0,003	0,033	0,00	0,002	0,135	0,00
10	Erlebnisse pfleg. Bereich	0,01	0,00	0,01	0,000	0,738	0,00	0,000	0,934	0,00
Nr.	Einzelfragen							r ² Basis modell (PTT)	△ r ² uniform (PTT)	△ r ² nicht uniform (PTT)
1	Die Ausschilderung und die Mögl	0,00	-0,01	0,01	0,000	0,785	0,00			
2	Die Verständlichkeit der Aufnahm	0,08	-0,03	0,11	0,006	0,004	0,01	0,51	0,003	0,004
7	Die Freundlichkeit des Personals	0,09	-0,04	0,13	0,006	0,002	0,01	0,66	-0,001	0,000
3	Die Berücksichtigung meiner Sor	-0,03	-0,01	0,02	0,000	0,727	0,00	0,71	-0,001	0,000
3	Die Offenheit der Pflegekräfte für	0,02	0,01	0,01	0,000	0,820	0,00	0,72	-0,010	-0,009
3	Die tägliche Unterstützung durch	-0,02	0,00	0,02	0,000	0,624	0,00	0,75	-0,004	-0,004
3	Die Auskünfte der Pflegekräfte de	0,04	-0,02	0,06	0,001	0,276	0,00	0,68	-0,005	-0,004
3	Die Freundlichkeit des Pflegepers	0,00	0,01	0,01	0,000	0,808	0,00	0,64	0,000	0,001
9	Die Wahrung meiner Intimsphäre	-0,06	0,02	0,08	0,003	0,037	0,00			
2	Die Einfühlsamkeit, mit der mir d	-0,04	0,02	0,06	0,001	0,174	0,00	0,64	-0,010	-0,010
2	Der Umgang der Ärzte mit mein	-0,05	0,01	0,06	0,001	0,166	0,00	0,80	0,000	0,000
2	Die Aufklärung durch die Ärzte ü	-0,04	0,03	0,07	0,001	0,147	0,00	0,78	-0,001	-0,001
2	Die Freundlichkeit der Ärzte ist	-0,02	0,01	0,03	0,000	0,450	0,00	0,71	-0,001	-0,001
14	Die Wirksamkeit, mit der meine	-0,05	0,00	0,05	0,001	0,265	0,00			
15	Der Erfolg der Behandlung ist bi	0,00	0,00	0,00	0,000	0,950	0,00			
8	Die Wartezeiten (Röntgen, Labo	0,04	-0,02	0,06	0,001	0,267	0,00	0,71	-0,001	0,002
17	Meine Erfahrungen mit der Kran	-0,04	0,00	0,04	0,001	0,642	0,00			
8	Meine Erfahrungen mit der Rönt	0,00	0,00	0,00	0,000	0,947	0,00	0,73	-0,005	-0,004
8	Meine Erfahrungen mit den and	-0,05	0,01	0,06	0,001	0,309	0,00	0,69	0,000	0,011
20	Die Angemessenheit der Inform	-0,08	0,02	0,10	0,003	0,076	0,00			
5	Die Patientenzimmer sind ...	-0,06	0,02	0,08	0,002	0,083	0,00	0,79	-0,005	-0,005
5	Die hygienischen Verhältnisse is	-0,05	0,04	0,09	0,002	0,053	0,00	0,76	-0,006	-0,006
6	Die Cafeteria / der Kiosk ist / sin	0,09	-0,03	0,12	0,004	0,039	0,00	0,52	0,008	0,008
6	Das Essen ist ...	0,10	-0,06	0,16	0,007	0,001	0,01	0,55	0,017	0,017
4	Die Vorbereitung auf meine Entl	-0,09	0,03	0,12	0,004	0,035	0,00	0,63	-0,003	-0,001
4	Die Aufklärung über Komplikat	0,00	0,00	0,00	0,000	0,962	0,00	0,62	0,006	0,008
1	Mein Gesamturteil aufgrund all r	0,02	-0,01	0,03	0,000	0,451	0,00	0,65	0,003	0,003
1	Ich werde dieses Krankenhaus	0,06	-0,01	0,07	0,002	0,129	0,00	0,71	0,011	0,011
9	a) Ich habe volles Vertrauen zu der	-0,02	0,01	0,03	0,001	0,346	0,00	0,64	0,007	0,007
9	b) Die Ärzte sind da, wenn ich sie b	-0,05	0,03	0,08	0,003	0,042	0,00	0,73	-0,010	-0,009
9	c) Die Ärzte sind gesprächsbereit.	-0,04	0,03	0,07	0,002	0,064	0,00	0,73	0,000	0,000
	d) Es wird mit mir gesprochen, nich	-0,10	0,04	0,14	0,008	0,001	0,01			
	e) Ich kann meine Behandlung akti	-0,06	0,03	0,09	0,003	0,076	0,00			
10	f) Ich habe volles Vertrauen zum Pf	0,02	0,00	0,02	0,000	0,651	0,00	0,70	-0,002	-0,002
10	Die Pflegekräfte sind da, wenn ic	0,01	0,00	0,01	0,000	0,854	0,00	0,73	-0,001	-0,001
10	Das Pflegepersonal ist gespräch	0,00	0,00	0,00	0,000	0,938	0,00	0,74	-0,008	-0,007
	i) Bei Bedarf bekomme ich rechtzei	-0,05	0,02	0,07	0,002	0,195	0,00			
	j) Das Personal nimmt sich Zeit für	-0,01	0,01	0,02	0,000	0,745	0,00			
	k) Mein Schlaf wird durchs Persona	-0,03	0,02	0,05	0,001	0,241	0,00			
	l) Ich werde durch Zigarettenrauch	0,02	0,01	0,01	0,000	0,689	0,00			
I.	Die Qualität des Essens ist mir ...	0,08	-0,04	0,12	0,005	0,005	0,01			
II.	Die hygienischen Verhältnisse im	0,02	-0,01	0,03	0,001	0,285	0,00			
III.	Der Gesamtzustand der Zimmer	0,03	-0,01	0,04	0,001	0,243	0,00			
IV.	Die Cafeteria / der Kiosk ist / sin	0,17	-0,05	0,22	0,017	0,000	0,02			
V.	Die pflegerische Betreuung ist m	-0,02	0,01	0,03	0,000	0,433	0,00			
VI.	Die ärztliche Betreuung ist mir ..	-0,09	0,04	0,13	0,014	0,000	0,01			
VII.	Geringe Wartezeiten sind mir ..	0,02	0,01	0,01	0,000	0,832	0,00			
VIII.	Die erfolgreiche Schmerzlinde	0,06	0,00	0,06	0,002	0,080	0,00			
IX.	Eine reibungslose Aufnahme ist	0,07	-0,01	0,08	0,004	0,021	0,00			
X.	Die Art und Weise, wie meine Af	0,08	-0,02	0,10	0,005	0,011	0,00			
XI.	Die Funktionsbereiche (EKG, R	0,04	0,00	0,04	0,001	0,320	0,00			
XII.	Die sorgfältige Vorbereitung de	0,07	-0,01	0,08	0,003	0,034	0,00			

Anmerkung: Die differenzierte Beschreibung erfolgt in der Abbildung 87 / Tabelle 123 auf Seite 354 f.

Klassischer Einflussfaktor: Familiäre Situation

Tabelle 133

Ergebnisse Einflussfaktor familiäre Situation

Untersuchter Einflussfaktor: Familiäre Situation															
		Anzahl:	166	598	605	181	33								
Nr.	Skalen	erstklassig	sehr gut	gut	befriedigend	schlecht	Spanne	r ² (KTT)	p von r ² (KTT)	Effekt (KTT)	r ² (PTT)	p von r ² (PTT)	Effekt (PTT)		
1	Gesamtzufriedenheit	-0.20	-0.07	0.06	0.04	0.02	0.26	0.009	0.000	0.01	0.008	0.001	0.01		
2	Zufriedenheit ärztliche Versorgung	-0.15	-0.03	0.01	0.06	0.25	0.39	0.008	0.001	0.01	0.008	0.002	0.01		
3	Zufriedenheit pfleg. Versorgung	-0.21	-0.08	0.07	0.10	0.16	0.37	0.021	0.000	0.02	0.014	0.000	0.01		
4	Zufriedenheit Entlassung	-0.13	-0.09	0.07	-0.03	0.12	0.25	0.005	0.012	0.00	0.010	0.002	0.01		
5	Zufriedenheit Infrastruktur	-0.29	-0.13	0.09	0.12	0.40	0.69	0.033	0.000	0.03	0.031	0.000	0.03		
6	Zufriedenheit Catering	-0.08	-0.06	0.01	0.06	0.31	0.38	0.006	0.003	0.01	0.006	0.012	0.01		
7	Zufriedenheit Aufnahme	-0.14	-0.06	0.03	0.00	0.06	0.20	0.007	0.001	0.01	0.006	0.003	0.01		
8	Zufriedenheit Funktionsbereich	-0.21	-0.01	0.01	-0.01	0.29	0.51	0.005	0.006	0.01	0.017	0.001	0.02		
9	Erlebnisse ärztlicher Bereich	0.03	0.02	-0.02	0.00	0.02	0.05	0.001	0.321	0.00	0.001	0.261	0.00		
10	Erlebnisse pfleg. Bereich	-0.02	0.00	0.00	0.08	-0.05	0.13	0.001	0.213	0.00	0.000	0.443	0.00		
Nr.	Einzelfragen										r ² Basismodell (PTT)	Δ r ² uniform (PTT)	Δ r ² nicht uniform (PTT)		
Zufriedenheitsfragen	1. Die Ausschliederung und die Mögl	-0.05	-0.07	0.04	0.03	0.22	0.28	0.004	0.010	0.00					
	2. Die Verständlichkeit der Aufnahm	-0.18	-0.08	0.05	0.05	0.04	0.23	0.012	0.000	0.01	0.51	-0.004	-0.003		
	7 3. Die Freundlichkeit des Personals	-0.10	-0.03	0.01	-0.01	0.00	0.12	0.001	0.147	0.00	0.66	0.003	0.006		
	3 4. Die Berücksichtigung meiner Sor	-0.22	-0.09	0.05	0.15	0.08	0.36	0.015	0.000	0.01	0.71	-0.001	-0.001		
	3 5. Die Offenheit der Pflegekräfte für	-0.19	-0.06	0.05	0.11	0.06	0.30	0.009	0.001	0.01	0.72	0.001	0.001		
	3 6. Die tägliche Unterstützung durch	-0.26	-0.07	0.08	0.05	0.11	0.36	0.014	0.000	0.01	0.75	-0.011	-0.011		
	3 7. Die Auskünfte der Pflegekräfte de	-0.23	-0.04	0.06	0.06	0.18	0.41	0.010	0.000	0.01	0.68	-0.007	-0.007		
	3 8. Die Freundlichkeit des Pflegepers	-0.16	-0.10	0.09	0.10	0.18	0.34	0.016	0.000	0.02	0.64	-0.004	-0.004		
	9 9. Die Wahrung meiner Intimsphäre	-0.27	-0.11	0.09	0.06	0.04	0.35	0.021	0.000	0.02					
	2 10. Die Einfühlsamkeit, mit der mir	-0.21	-0.04	0.01	0.07	0.25	0.46	0.011	0.000	0.01	0.64	0.001	0.002		
	2 11. Der Umgang der Ärzte mit mein	-0.18	-0.01	0.00	0.06	0.21	0.38	0.005	0.006	0.00	0.80	-0.005	-0.005		
	2 12. Die Aufklärung durch die Ärzte	-0.15	0.00	0.00	0.09	0.28	0.43	0.005	0.008	0.00	0.78	-0.001	0.000		
	2 13. Die Freundlichkeit der Ärzte ist	-0.07	-0.03	0.01	0.00	0.22	0.29	0.002	0.065	0.00	0.71	0.001	0.002		
	14. Die Wirksamkeit, mit der meine	-0.16	-0.10	0.03	0.03	0.16	0.32	0.010	0.000	0.01					
	15. Der Erfolg der Behandlung ist bi	-0.34	-0.09	0.03	0.25	0.44	0.77	0.040	0.000	0.04					
	8 16. Die Wartezeiten (Röntgen, Labc	-0.31	-0.03	0.02	0.12	0.27	0.58	0.012	0.000	0.01	0.71	-0.006	-0.005		
	17. Meine Erfahrungen mit der Kran	-0.03	-0.16	0.02	0.05	0.17	0.33	0.005	0.126	0.01					
	8 18. Meine Erfahrungen mit der Rönt	-0.16	-0.06	0.02	-0.03	0.38	0.54	0.006	0.017	0.01	0.73	0.002	0.003		
	8 19. Meine Erfahrungen mit den and	-0.23	-0.02	0.03	-0.02	0.37	0.60	0.007	0.009	0.01	0.69	0.004	0.004		
	20. Die Angemessenheit der Inform	-0.22	-0.06	0.05	0.10	0.31	0.53	0.017	0.000	0.02					
5 21. Die Patientenzimmer sind ...	-0.31	-0.13	0.08	0.14	0.47	0.78	0.033	0.000	0.03	0.79	-0.001	0.001			
5 22. Die hygienischen Verhältnisse is	-0.24	-0.12	0.09	0.09	0.31	0.55	0.021	0.000	0.02	0.76	-0.004	-0.004			
6 23. Die Cafeteria / der Kiosk ist / sir	-0.17	-0.05	0.03	0.09	0.26	0.43	0.009	0.001	0.01	0.52	0.011	0.012			
6 24. Das Essen ist ...	-0.04	-0.04	-0.02	0.03	0.39	0.43	0.002	0.070	0.00	0.55	0.013	0.013			
4 25. Die Vorbereitung auf meine Entl	-0.16	-0.08	0.08	-0.08	0.00	0.24	0.003	0.057	0.00	0.63	0.001	0.002			
4 26. Die Aufklärung über Komplikat	-0.16	-0.10	0.08	0.05	0.28	0.44	0.012	0.000	0.01	0.62	0.013	0.013			
1 27. Mein Gesamturteil aufgrund all r	-0.17	-0.08	0.05	0.04	0.11	0.28	0.008	0.001	0.01	0.65	-0.001	0.000			
1 28. Ich werde dieses Krankenhaus	-0.19	-0.06	0.06	0.06	-0.10	0.25	0.007	0.001	0.01	0.71	-0.003	-0.003			
Erlebnissfragen	9 a) Ich habe volles Vertrauen zu der	0.06	0.02	-0.03	0.02	0.12	0.15	0.000	0.436	0.00	0.64	0.003	0.004		
	9 b) Die Ärzte sind da, wenn ich sie b	0.02	0.03	-0.03	-0.03	-0.01	0.06	0.001	0.192	0.00	0.73	-0.006	-0.006		
	9 c) Die Ärzte sind gesprächsbereit.	-0.01	0.03	0.00	-0.01	-0.02	0.05	0.000	0.562	0.00	0.73	-0.007	-0.007		
	d) Es wird mit mir gesprochen, nich	-0.09	-0.04	0.02	0.09	0.21	0.30	0.006	0.004	0.01					
	e) Ich kann meine Behandlung akti	-0.08	0.01	-0.02	0.00	0.04	0.12	0.000	0.678	0.00					
	10 f) Ich habe volles Vertrauen zum Pf	-0.03	0.02	-0.03	0.10	-0.03	0.14	0.000	0.471	0.00	0.70	-0.004	-0.003		
	10 g) Die Pflegekräfte sind da, wenn ic	0.01	-0.01	0.01	0.04	0.04	0.05	0.000	0.436	0.00	0.73	-0.006	-0.006		
	10 h) Das Pflegepersonal ist gespräch	-0.03	-0.01	0.01	0.04	-0.10	0.14	0.000	0.434	0.00	0.74	-0.004	-0.004		
	i) Bei Bedarf bekomme ich rechtzei	-0.04	-0.02	0.03	0.02	-0.08	0.11	0.001	0.410	0.00					
	j) Das Personal nimmt sich Zeit für	-0.09	-0.02	0.01	0.05	0.13	0.22	0.003	0.036	0.00					
k) Mein Schlaf wird durchs Persona	-0.15	-0.03	0.04	0.07	-0.01	0.23	0.006	0.003	0.01						
Wichtigkeitsfragen	l) Ich werde durch Zigarettenrauch	-0.01	0.03	-0.02	0.03	0.06	0.08	0.000	0.949	0.00					
	I. Die Qualität des Essens ist mir ...	-0.09	0.01	0.05	-0.05	-0.17	0.22	0.000	0.750	0.00					
	II. Die hygienischen Verhältnisse im	-0.22	-0.06	0.09	0.09	0.03	0.31	0.025	0.000	0.03					
	III. Der Gesamtzustand der Zimmer	-0.04	-0.03	0.05	-0.01	-0.18	0.23	0.000	0.477	0.00					
	IV. Die Cafeteria / der Kiosk ist / sir	0.10	0.06	-0.05	-0.07	-0.25	0.35	0.008	0.001	0.01					
	V. Die pflegerische Betreuung ist m	-0.19	-0.05	0.10	0.04	0.03	0.29	0.017	0.000	0.02					
	VI. Die ärztliche Betreuung ist mir ..	-0.13	-0.06	0.07	-0.01	0.05	0.20	0.011	0.000	0.01					
	VII. Geringe Wartezeiten sind mir ..	-0.06	-0.01	0.07	0.01	0.03	0.13	0.002	0.107	0.00					
	VIII. Die erfolgreiche Schmerzlinde	-0.02	0.00	0.05	-0.02	-0.16	0.21	0.000	0.980	0.00					
	IX. Eine reibungslose Aufnahme ist	-0.02	0.04	0.00	-0.01	-0.08	0.11	0.000	0.469	0.00					
	X. Die Art und Weise, wie meine Art	-0.06	0.02	-0.02	0.05	0.06	0.12	0.001	0.395	0.00					
	XI. Die Funktionsbereiche (EKG, R	-0.03	0.02	0.02	-0.05	0.05	0.11	0.000	0.985	0.00					
XII. Die sorgfältige Vorbereitung de	0.03	0.02	0.00	0.00	-0.14	0.17	0.001	0.249	0.00						

Anmerkung: Die differenzierte Beschreibung erfolgt in der Abbildung 87 / Tabelle 123 auf Seite 354 f.

Klassischer Einflussfaktor: Kulturelle Unterschiede und ethnische Zugehörigkeit

Tabelle 134

Ergebnisse Einflussfaktor kulturelle Unterschiede und ethnische Zugehörigkeit

Untersuchter Einflussfaktor: Kulturelle Unterschiede und ethnische Zugehörigkeit - Muttersprache										
		Anzahl:	1.434	113						
Nr.	Skalen	Deutsch	Andere Muttersprache	Spanne	r ² (KTT)	p von r ² (KTT)	Effekt (KTT)	r ² (PTT)	p von r ² (PTT)	Effekt (PTT)
1	Gesamtzufriedenheit	0,00	-0,12	0,13	0,007	0,001	0,01	0,010	0,000	0,01
2	Zufriedenheit ärztliche Versorgung	-0,01	-0,04	0,03	0,001	0,196	0,00	0,000	0,471	0,00
3	Zufriedenheit pfleg. Versorgung	-0,01	-0,06	0,06	0,006	0,001	0,01	0,009	0,002	0,01
4	Zufriedenheit Entlassung	0,01	-0,20	0,21	0,006	0,006	0,01	0,003	0,075	0,00
5	Zufriedenheit Infrastruktur	0,01	-0,18	0,19	0,011	0,000	0,01	0,011	0,000	0,01
6	Zufriedenheit Catering	0,00	-0,08	0,09	0,003	0,040	0,00	0,000	0,666	0,00
7	Zufriedenheit Aufnahme	0,00	-0,17	0,17	0,008	0,000	0,01	0,003	0,025	0,00
8	Zufriedenheit Funktionsbereich	0,00	-0,05	0,05	0,003	0,025	0,00	0,004	0,075	0,00
9	Erlebnisse ärztlicher Bereich	-0,01	0,05	0,06	0,000	0,380	0,00	0,000	0,450	0,00
10	Erlebnisse pfleg. Bereich	-0,01	0,01	0,02	0,001	0,208	0,00	0,002	0,131	0,00
Nr.	Einzelfragen							r ² Basismodell (PTT)	Δ r ² uniform (PTT)	Δ r ² nicht uniform (PTT)
Zufriedenheitsfragen	1. Die Ausschilderung und die Mögl	0,01	-0,19	0,21	0,005	0,004	0,01			
	2. Die Verständlichkeit der Aufnahm	0,01	-0,24	0,25	0,011	0,000	0,01	0,51	0,010	0,010
	3. Die Freundlichkeit des Personals	0,01	-0,09	0,10	0,002	0,081	0,00	0,66	0,007	0,009
	4. Die Berücksichtigung meiner Sor	-0,02	-0,07	0,05	0,007	0,001	0,01	0,71	0,011	0,012
	5. Die Offenheit der Pflegekräfte für	0,01	-0,17	0,18	0,005	0,012	0,01	0,72	-0,001	0,000
	6. Die tägliche Unterstützung durch	0,00	-0,12	0,11	0,008	0,000	0,01	0,75	0,004	0,005
	7. Die Auskünfte der Pflegekräfte de	0,00	-0,06	0,06	0,003	0,051	0,00	0,68	-0,001	-0,001
	8. Die Freundlichkeit des Pflegepers	0,00	-0,01	0,00	0,004	0,011	0,00	0,64	0,002	0,002
	9. Die Wahrung meiner Intimsphäre	-0,01	-0,04	0,03	0,002	0,074	0,00			
	10. Die Einfühlbarkeit, mit der mir d	-0,01	-0,01	0,01	0,001	0,320	0,00	0,64	0,011	0,011
	11. Der Umgang der Ärzte mit mein	-0,01	-0,06	0,05	0,001	0,326	0,00	0,80	0,000	0,000
	12. Die Aufklärung durch die Ärzte l	0,00	-0,04	0,04	0,001	0,132	0,00	0,78	0,001	0,001
	13. Die Freundlichkeit der Ärzte ist .	-0,01	0,00	0,01	0,000	0,454	0,00	0,71	0,002	0,002
	14. Die Wirksamkeit, mit der meine	-0,02	0,02	0,05	0,000	0,497	0,00			
	15. Der Erfolg der Behandlung ist bi	-0,02	0,01	0,03	0,001	0,230	0,00			
	16. Die Wartezeiten (Röntgen, Labo	0,02	-0,17	0,19	0,004	0,020	0,00	0,71	0,002	0,002
	17. Meine Erfahrungen mit der Kran	-0,04	0,22	0,26	0,000	0,999	0,00			
	18. Meine Erfahrungen mit der Rönt	0,00	0,01	0,02	0,002	0,141	0,00	0,73	0,000	0,000
	19. Meine Erfahrungen mit den and	-0,01	-0,07	0,06	0,003	0,095	0,00	0,69	0,002	0,003
	20. Die Angemessenheit der Inform	0,00	-0,08	0,08	0,002	0,124	0,00			
Ergebnisfragen	21. Die Patientenzimmer sind ...	0,01	-0,20	0,21	0,009	0,000	0,01	0,79	-0,001	-0,001
	22. Die hygienischen Verhältnisse is	0,02	-0,15	0,17	0,009	0,000	0,01	0,76	0,003	0,004
	23. Die Cafeteria / der Kiosk ist / sir	0,02	-0,11	0,13	0,001	0,261	0,00	0,52	0,015	0,016
	24. Das Essen ist ...	-0,01	0,01	0,02	0,002	0,112	0,00	0,55	0,005	0,005
	25. Die Vorbereitung auf meine Entl	0,01	-0,17	0,17	0,003	0,074	0,00	0,63	-0,009	-0,009
	26. Die Aufklärung über Komplikati	0,01	-0,22	0,23	0,007	0,006	0,01	0,62	0,008	0,009
	27. Mein Gesamturteil aufgrund all r	0,00	-0,12	0,12	0,007	0,001	0,01	0,65	0,003	0,003
	28. Ich werde dieses Krankenhaus v	0,00	-0,11	0,11	0,006	0,002	0,01	0,71	0,006	0,006
	a) Ich habe volles Vertrauen zu der	-0,01	0,06	0,08	0,001	0,206	0,00	0,64	0,000	0,000
	b) Die Ärzte sind da, wenn ich sie b	-0,01	0,04	0,05	0,000	0,753	0,00	0,73	-0,004	-0,004
	c) Die Ärzte sind gesprächsbereit.	-0,01	0,03	0,04	0,000	0,748	0,00	0,73	0,002	0,002
	d) Es wird mit mir gesprochen, nich	-0,03	0,30	0,33	0,003	0,044	0,00			
e) Ich kann meine Behandlung akti	0,00	-0,01	0,00	0,000	0,718	0,00				
f) Ich habe volles Vertrauen zum Pf	-0,01	0,07	0,08	0,000	0,687	0,00	0,70	-0,005	-0,005	
g) Die Pflegekräfte sind da, wenn ic	0,00	-0,02	0,01	0,002	0,083	0,00	0,73	-0,008	-0,008	
h) Das Pflegepersonal ist gespräch	0,00	-0,02	0,02	0,001	0,200	0,00	0,74	-0,006	-0,006	
Wichtigkeitsfragen	i) Bei Bedarf bekomme ich rechtzei	0,02	-0,15	0,16	0,006	0,016	0,01			
	j) Das Personal nimmt sich Zeit für	0,00	-0,01	0,01	0,001	0,316	0,00			
	k) Mein Schlaf wird durchs Person	0,01	-0,06	0,07	0,003	0,055	0,00			
	l) Ich werde durch Zigarettenrauch	0,02	-0,04	0,06	0,005	0,007	0,01			
	I. Die Qualität des Essens ist mir ...	0,01	-0,13	0,14	0,002	0,083	0,00			
	II. Die hygienischen Verhältnisse im	0,00	-0,08	0,08	0,003	0,037	0,00			
	III. Der Gesamtzustand der Zimme	0,01	-0,15	0,16	0,002	0,072	0,00			
	IV. Die Cafeteria / der Kiosk ist / sir	0,02	-0,16	0,18	0,000	0,648	0,00			
	V. Die pflegerische Betreuung ist m	0,00	0,04	0,04	0,000	0,499	0,00			
	VI. Die ärztliche Betreuung ist mir ...	-0,01	0,05	0,06	0,000	1,000	0,00			
	VII. Geringe Wartezeiten sind mir ...	0,00	-0,16	0,16	0,003	0,023	0,00			
	VIII. Die erfolgreiche Schmerzlinder	0,01	0,01	0,00	0,000	0,586	0,00			
IX. Eine reibungslose Aufnahme ist	0,03	-0,17	0,20	0,003	0,037	0,00				
X. Die Art und Weise, wie meine Ar	0,02	-0,19	0,20	0,003	0,040	0,00				
XI. Die Funktionsbereiche (EKG, R	0,02	-0,11	0,13	0,001	0,164	0,00				
XII. Die sorgfältige Vorbereitung de	0,02	-0,18	0,20	0,001	0,149	0,00				

Anmerkung: Die differenzierte Beschreibung erfolgt in der Abbildung 87 / Tabelle 123 auf Seite 354 f.

Intrapersoneller Einflussfaktor: Schmerz

Tabelle 135

Ergebnisse Einflussfaktor Schmerz

Untersuchter Einflussfaktor: Schmerz										
		Anzahl:	5.849	5.713						
Nr.	Skalen	Schmerzen	keine Schmerzen	Spanne	r ² (KTT)	p von r ² (KTT)	Effekt (KTT)	r ² (PTT)	p von r ² (PTT)	Effekt (PTT)
1	Gesamtzufriedenheit	0,02	-0,02	0,04	0,001	0,008	0,00	0,001	0,006	0,00
2	Zufriedenheit ärztliche Versorgung	0,01	-0,02	0,03	0,000	0,046	0,00	0,000	0,199	0,00
3	Zufriedenheit pfleg. Versorgung	0,01	-0,02	0,03	0,001	0,014	0,00	0,000	0,062	0,00
4	Zufriedenheit Entlassung	0,02	-0,01	0,03	0,000	0,064	0,00	0,000	0,116	0,00
5	Zufriedenheit Infrastruktur	0,00	0,00	0,00	0,000	0,772	0,00	0,000	0,940	0,00
6	Zufriedenheit Catering	0,02	-0,01	0,04	0,001	0,014	0,00	0,000	0,000	0,00
7	Zufriedenheit Aufnahme	0,01	-0,01	0,02	0,000	0,123	0,00	0,001	0,006	0,00
8	Zufriedenheit Funktionsbereich	0,01	-0,01	0,02	0,000	0,107	0,00	0,000	0,000	0,00
Nr.	Einzelfragen							r ² Basismodell (PTT)	Δ r ² uniform (PTT)	Δ r ² nicht uniform (PTT)
Zufriedenheitsfragen	1. Die Ausschilderung und die Mögli	0,01	-0,01	0,02	0,000	0,227	0,00			
	7 2. Die Verständlichkeit der Aufnahm	0,01	-0,01	0,02	0,000	0,126	0,00	0,50	0,000	0,000
	3 3. Die Freundlichkeit des Personals	0,00	-0,01	0,02	0,000	0,240	0,00	0,69	-0,001	-0,001
	3 4. Die Berücksichtigung meiner Sor	0,00	-0,02	0,01	0,000	0,334	0,00	0,72	0,000	0,000
	3 5. Die Offenheit der Pflegekräfte für	0,03	-0,03	0,06	0,001	0,001	0,00	0,71	0,001	0,001
	3 6. Die tägliche Unterstützung durch	0,00	-0,02	0,02	0,000	0,263	0,00	0,75	0,001	0,001
	3 7. Die Auskünfte der Pflegekräfte de	0,03	-0,02	0,05	0,001	0,002	0,00	0,71	0,000	0,000
	3 8. Die Freundlichkeit des Pflegepers	0,00	-0,02	0,02	0,000	0,194	0,00	0,69	0,002	0,002
	9. Die Wahrung meiner Intimsphäre	0,01	-0,02	0,02	0,000	0,138	0,00			
	2 10. Die Einfühlsamkeit, mit der mir d	0,02	-0,02	0,03	0,001	0,026	0,00	0,69	0,002	0,002
	2 11. Der Umgang der Ärzte mit mein	0,02	-0,02	0,04	0,001	0,012	0,00	0,80	0,000	0,000
	2 12. Die Aufklärung durch die Ärzte ü	0,01	-0,02	0,02	0,000	0,151	0,00	0,80	0,000	0,000
	2 13. Die Freundlichkeit der Ärzte ist	0,00	0,00	0,00	0,000	0,773	0,00	0,73	0,000	0,000
	14. Die Wirksamkeit, mit der meine	0,02	-0,04	0,06	0,001	0,003	0,00			
	15. Der Erfolg der Behandlung ist bi	0,06	-0,06	0,12	0,005	0,000	0,01			
	8 16. Die Wartezeiten (Röntgen, Labo	0,01	-0,01	0,03	0,000	0,173	0,00	0,68	-0,001	-0,001
	17. Meine Erfahrungen mit der Kran	0,00	0,00	0,00	0,000	0,000	0,00			
	8 18. Meine Erfahrungen mit der Rönt	0,01	0,00	0,01	0,000	0,531	0,00	0,72	-0,004	-0,004
	8 19. Meine Erfahrungen mit den and	0,01	0,00	0,01	0,000	0,414	0,00	0,69	-0,002	-0,002
	20. Die Angemessenheit der Inform	0,00	0,00	0,00	0,000	0,000	0,00			
	5 21. Die Patientenzimmer sind ...	0,00	0,00	0,01	0,000	0,672	0,00	0,80	-0,001	-0,001
	5 22. Die hygienischen Verhältnisse is	0,00	0,00	0,01	0,000	0,763	0,00	0,79	-0,001	-0,001
	6 23. Die Cafeteria / der Kiosk ist / sir	0,01	0,00	0,01	0,000	0,504	0,00	0,65	-0,002	-0,002
	6 24. Das Essen ist ...	0,03	-0,01	0,04	0,001	0,015	0,00	0,71	0,000	0,000
	4 25. Die Vorbereitung auf meine Entl	0,01	0,00	0,01	0,000	0,420	0,00	0,72	0,001	0,001
	4 26. Die Aufklärung über Komplikat	0,02	-0,02	0,04	0,001	0,024	0,00	0,76	-0,002	-0,002
	1 27. Mein Gesamturteil aufgrund all r	0,02	-0,02	0,04	0,001	0,002	0,00	0,77	0,003	0,003
	1 28. Ich werde dieses Krankenhaus	0,01	-0,01	0,02	0,000	0,130	0,00	0,81	0,000	0,000
Wichtigkeitsfragen	I) Ich werde durch Zigarettenrauch	0,00	0,00	0,00	0,000	0,000	0,00			
	I. Die Qualität des Essens ist mir ...	0,00	0,00	0,01	0,000	0,612	0,00			
	II. Die hygienischen Verhältnisse im	-0,03	0,02	0,05	0,002	0,000	0,00			
	III. Der Gesamtzustand der Zimmer	0,01	-0,01	0,02	0,000	0,059	0,00			
	IV. Die Cafeteria / der Kiosk ist / sir	0,04	-0,04	0,08	0,002	0,000	0,00			
	V. Die pflegerische Betreuung ist m	-0,05	0,04	0,09	0,007	0,000	0,01			
	VI. Die ärztliche Betreuung ist mir ..	-0,04	0,02	0,06	0,004	0,000	0,00			
	VII. Geringe Wartezeiten sind mir ..	-0,02	0,01	0,03	0,001	0,017	0,00			
	VIII. Die erfolgreiche Schmerzlinde	-0,07	0,07	0,13	0,014	0,000	0,01			
	IX. Eine reibungslose Aufnahme ist	0,01	0,00	0,01	0,000	0,393	0,00			
	X. Die Art und Weise, wie meine Ar	0,01	0,00	0,01	0,000	0,293	0,00			
	XI. Die Funktionsbereiche (EKG, R	0,02	-0,02	0,04	0,001	0,003	0,00			
XII. Die sorgfältige Vorbereitung de	0,00	0,00	0,00	0,000	0,931	0,00				

Anmerkung: Die differenzierte Beschreibung erfolgt in der Abbildung 87 / Tabelle 123 auf Seite 354 f.

Intrapersoneller Einflussfaktor: Einschätzung des Gesundheitszustands (Selbsteinschätzung) Variante 1

B. Meinen aktuellen Gesundheitszustand beurteile ich folgendermaßen:

sehr gut eher gut eher schlecht schlecht

Abbildung 92 Operationalisierung Subjektiver Gesundheitszustand (Variante 1)

Tabelle 136

Einflussfaktor: Subjektiver Gesundheitszustand (Variante 1)

Untersuchter Einflussfaktor: Subjektiver Gesundheitszustand - Variante 1 - Datenpool 1												
		Anzahl:	1.227	4.538	1.158	296						
Nr.	Skalen	sehr gut	eher gut	eher schlecht	schlecht	Spanne	r ² (KTT)	p von r ² (KTT)	Effekt (KTT)	r ² (PTT)	p von r ² (PTT)	Effekt (PTT)
1	Gesamtzufriedenheit	-0,23	0,00	0,21	0,28	0,51	0,036	0,000	0,04	0,031	0,000	0,03
2	Zufriedenheit ärztliche Versorgung	-0,23	-0,03	0,18	0,29	0,52	0,039	0,000	0,04	0,036	0,000	0,04
3	Zufriedenheit pfleg. Versorgung	-0,20	-0,02	0,16	0,24	0,44	0,032	0,000	0,03	0,034	0,000	0,04
4	Zufriedenheit Entlassung	-0,29	-0,02	0,22	0,28	0,57	0,045	0,000	0,05	0,046	0,000	0,05
5	Zufriedenheit Infrastruktur	-0,20	-0,01	0,15	0,10	0,35	0,017	0,000	0,02	0,017	0,000	0,02
6	Zufriedenheit Catering	-0,13	0,01	0,11	0,03	0,25	0,008	0,000	0,01	0,009	0,000	0,01
7	Zufriedenheit Aufnahme	-0,19	0,00	0,12	0,13	0,31	0,023	0,000	0,02	0,022	0,000	0,02
8	Zufriedenheit Funktionsbereich	-0,21	0,01	0,15	0,20	0,41	0,025	0,000	0,03	0,030	0,000	0,03
9	Erlebnisse ärztlicher Bereich	-0,08	-0,02	0,13	0,09	0,21	0,014	0,000	0,01	0,013	0,000	0,01
10	Erlebnisse pfleg. Bereich	-0,06	-0,02	0,08	0,10	0,16	0,010	0,000	0,01	0,009	0,000	0,01
Nr.	Einzelfragen						r ² Basismodell (PTT)	Δ r ² uniform (PTT)	Δ r ² nicht uniform (PTT)			
1	Die Ausschilderung und die Möglichkeit, sich im Haus zu orientieren, ist ...	-0,14	0,01	0,11	0,08	0,25	0,009	0,000	0,01	0,51	-0,007	-0,004
2	Die Verständlichkeit der Aufnahmeformulare ist ...	-0,20	0,02	0,13	0,09	0,33	0,021	0,000	0,02	0,73	-0,004	-0,003
3	Die Freundlichkeit des Personals bei der Aufnahme ist ...	-0,19	-0,01	0,12	0,16	0,35	0,018	0,000	0,02	0,71	-0,001	-0,001
4	Die Berücksichtigung meiner Sorgen und Ängste durch das Pflegepersonal ist ...	-0,20	-0,02	0,16	0,23	0,43	0,022	0,000	0,02	0,69	0,004	0,005
5	Die Offenheit der Pflegekräfte für Anregungen und Verbesserungsvorschläge ist ...	-0,19	0,00	0,12	0,13	0,31	0,023	0,000	0,02	0,71	0,010	0,010
6	Die tägliche Unterstützung durch das Pflegepersonal ist ...	-0,20	-0,02	0,15	0,28	0,48	0,025	0,000	0,03	0,68	0,005	0,005
7	Die Auskünfte der Pflegekräfte der Station über die Abläufe im Krankenhaus sind ...	-0,20	-0,02	0,17	0,21	0,41	0,021	0,000	0,02	0,54	0,008	0,008
8	Die Freundlichkeit des Pflegepersonals ist ...	-0,18	-0,03	0,13	0,25	0,43	0,021	0,000	0,02	0,69	0,009	0,009
9	Die Wahrung meiner Intimsphäre durch das Personal ist ...	-0,18	0,00	0,17	0,20	0,38	0,023	0,000	0,02	0,78	-0,004	-0,004
10	Die Einfühlsamkeit, mit der mir die Diagnosen mitgeteilt werden, ist ...	-0,24	-0,03	0,18	0,29	0,53	0,031	0,000	0,03	0,78	0,000	0,000
11	Der Umgang der Ärzte mit meinen Fragen während der Visite ist ...	-0,23	-0,02	0,16	0,21	0,44	0,024	0,000	0,02	0,71	-0,002	-0,002
12	Die Aufklärung durch die Ärzte über Behandlung und Verlauf meiner Erkrankung ist ...	-0,26	-0,03	0,23	0,27	0,53	0,033	0,000	0,03	0,71	-0,002	-0,002
13	Die Freundlichkeit der Ärzte ist ...	-0,21	-0,02	0,13	0,29	0,50	0,026	0,000	0,03	0,68	0,005	0,005
14	Die Wirksamkeit, mit der meine Schmerzen gelindert werden, ist ...	-0,32	-0,04	0,32	0,43	0,75	0,067	0,000	0,07	0,71	-0,002	-0,002
15	Der Erfolg der Behandlung ist bis jetzt ...	-0,54	-0,06	0,54	0,72	1,26	0,172	0,000	0,21			
16	Die Wartezeiten (Röntgen, Labor, OP, Visiten...) sind ...	-0,26	0,00	0,18	0,29	0,55	0,026	0,000	0,03	0,68	-0,001	-0,001
17	Meine Erfahrungen mit der Krankengymnastik sind ...	-0,21	0,00	0,19	0,19	0,40	0,022	0,000	0,02			
18	Meine Erfahrungen mit der Röntgenabteilung sind ...	-0,21	0,00	0,13	0,08	0,34	0,015	0,000	0,02	0,71	-0,006	-0,006
19	Meine Erfahrungen mit den anderen Funktionsbereichen (EKG, Endoskopie, ...)	-0,23	-0,03	0,12	0,16	0,39	0,024	0,000	0,02	0,70	-0,005	-0,005
20	Die Angemessenheit der Informationen für meine Angehörigen ist ...	-0,20	0,02	0,17	0,07	0,37	0,016	0,000	0,02			
21	Die Patientenzimmer sind ...	-0,21	0,00	0,15	0,11	0,36	0,014	0,000	0,01	0,75	-0,002	-0,002
22	Die hygienischen Verhältnisse sind ...	-0,19	-0,01	0,16	0,11	0,35	0,015	0,000	0,02	0,70	-0,003	-0,003
23	Die Cafeteria / der Kiosk ist / sind ...	-0,18	0,03	0,10	0,03	0,28	0,008	0,000	0,01	0,59	0,001	0,001
24	Das Essen ist ...	-0,11	0,00	0,11	0,04	0,22	0,005	0,000	0,01	0,65	-0,001	0,000
25	Die Vorbereitung auf meine Entlassung aus dem Krankenhaus ist ...	-0,28	0,00	0,26	0,24	0,54	0,040	0,000	0,04	0,71	-0,005	-0,003
26	Die Aufklärung über Komplikationen meiner Krankheit, auf die ich nach der Entlassung achten muss, ist ...	-0,28	-0,02	0,23	0,30	0,58	0,039	0,000	0,04	0,77	0,010	0,010
27	Mein Gesamturteil aufgrund all meiner Erfahrungen, die ich bis jetzt gemacht habe, ist ...	-0,25	0,00	0,23	0,31	0,56	0,039	0,000	0,04	0,75	0,004	0,006
28	Ich würde dieses Krankenhaus weiterempfehlen als ...	-0,21	0,01	0,19	0,21	0,42	0,025	0,000	0,03	0,80	-0,001	0,000
9 a)	Ich habe volles Vertrauen zu den Ärzten.	-0,07	-0,01	0,12	0,09	0,19	0,009	0,000	0,01	0,66	0,003	0,003
9 b)	Die Ärzte sind da, wenn ich sie brauche.	-0,08	-0,03	0,13	0,06	0,21	0,009	0,000	0,01	0,75	0,004	0,004
9 c)	Die Ärzte sind gesprächsbereit.	-0,09	-0,03	0,14	0,09	0,23	0,011	0,000	0,01	0,73	-0,003	-0,003
9 d)	Es wird mit mir gesprochen, nicht über mich.	-0,10	-0,01	0,12	0,05	0,22	0,006	0,000	0,01			
9 e)	Ich kann meine Behandlung aktiv mitbestimmen.	-0,20	-0,04	0,22	0,14	0,42	0,020	0,000	0,02			
10 f)	Ich habe volles Vertrauen zum Pflegepersonal.	-0,05	-0,02	0,09	0,06	0,14	0,005	0,000	0,01	0,75	0,002	0,002
10 g)	Die Pflegekräfte sind da, wenn ich sie brauche.	-0,05	-0,01	0,07	0,10	0,15	0,007	0,000	0,01	0,76	0,010	0,010
10 h)	Das Pflegepersonal ist gesprächsbereit.	-0,07	-0,02	0,09	0,12	0,19	0,009	0,000	0,01	0,75	0,008	0,008
i)	Bei Bedarf bekomme ich rechtzeitig Hilfe, um auf die Toilette zu gelangen.	-0,06	-0,02	0,08	0,14	0,20	0,009	0,000	0,01			
j)	Das Personal nimmt sich Zeit für mich.	-0,08	-0,02	0,12	0,12	0,20	0,008	0,000	0,01			
k)	Mein Schlaf wird durchs Personal gestört.	-0,01	0,01	-0,02	0,04	0,06	0,000	0,905	0,00			
l)	Ich werde durch Zigarettenrauch belästigt.	0,00	0,00	0,00	-0,02	0,02	0,000	0,632	0,00			
I.	Die Qualität des Essens ist mir ...	-0,10	0,01	0,05	0,08	0,18	0,004	0,000	0,00			
II.	Die hygienischen Verhältnisse im Krankenhaus sind mir ...	-0,14	0,00	0,07	0,09	0,23	0,011	0,000	0,01			
III.	Der Gesamtzustand der Zimmer ist mir ...	-0,09	0,01	0,05	0,00	0,14	0,003	0,000	0,00			
IV.	Die Cafeteria / der Kiosk ist / sind mir ...	-0,06	0,03	0,03	0,12	0,18	0,002	0,002	0,00			
V.	Die pflegerische Betreuung ist mir ...	-0,13	-0,03	0,01	0,00	0,14	0,004	0,000	0,00			
VI.	Die ärztliche Betreuung ist mir ...	-0,09	-0,02	0,04	0,03	0,13	0,004	0,000	0,00			
VII.	Geringe Wartezeiten sind mir ...	-0,08	-0,01	-0,04	0,00	0,08	0,000	0,197	0,00			
VIII.	Die erfolgreiche Schmerzlinderung ist mir ...	-0,05	0,00	-0,04	-0,09	0,09	0,000	0,467	0,00			
IX.	Eine reibungslose Aufnahme ist mir ...	-0,05	0,01	-0,02	-0,04	0,06	0,000	0,572	0,00			
X.	Die Art und Weise, wie meine Angehörigen einbezogen werden, ist mir ...	-0,05	0,02	-0,01	-0,05	0,07	0,000	0,672	0,00			
XI.	Die Funktionsbereiche (EKG, Röntgen, Krankengymnastik, ...) sind mir ...	-0,05	0,00	-0,01	-0,02	0,05	0,000	0,456	0,00			
XII.	Die sorgfältige Vorbereitung der Entlassung ist mir ...	-0,02	0,03	-0,02	-0,05	0,08	0,000	0,646	0,00			

Anmerkung: Die differenzierte Beschreibung erfolgt in der Abbildung 87 / Tabelle 123 auf Seite 354 f.

Intrapersoneller Einflussfaktor: Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustands Variante 2 (generell)

erstklassig sehr gut befriedigend gut schlecht

L Unabhängig von diesem Krankenhausaufenthalt, wie beurteilen Sie Ihren grundsätzlichen Gesundheitszustand ...

Abbildung 93 Operationalisierung Subjektiver Gesundheitszustand (Variante 2)

Tabelle 137

Ergebnisse Einflussfaktor subjektiver Gesundheitszustand (Variante 2)

Untersuchter Einflussfaktor: Subjektiver Gesundheitszustand Variante 2														
		Anzahl:	80	416	584	395	123							
Nr.	Skalen	erstklassig	sehr gut	gut	befriedigend	schlecht	Spanne	r ² (KTT)	p von r ² (KTT)	Effekt (KTT)	r ² (PTT)	p von r ² (PTT)	Effekt (PTT)	
1	Gesamtzufriedenheit	-0,15	-0,13	0,02	0,02	0,06	0,21	0,007	0,001	0,01	0,007	0,001	0,01	
2	Zufriedenheit ärztliche Versorgung	-0,01	-0,05	-0,01	0,00	0,06	0,11	0,001	0,185	0,00	0,001	0,189	0,00	
3	Zufriedenheit pfleg. Versorgung	-0,15	-0,13	-0,02	0,09	0,17	0,32	0,022	0,000	0,02	0,012	0,000	0,01	
4	Zufriedenheit Entlassung	-0,17	-0,10	0,00	0,02	0,08	0,25	0,005	0,012	0,00	0,007	0,010	0,01	
5	Zufriedenheit Infrastruktur	-0,40	-0,18	0,02	0,05	0,34	0,73	0,036	0,000	0,04	0,035	0,000	0,04	
6	Zufriedenheit Catering	-0,13	-0,09	0,01	-0,02	0,29	0,42	0,010	0,000	0,01	0,011	0,001	0,01	
7	Zufriedenheit Aufnahme	-0,09	-0,08	0,01	-0,02	0,15	0,24	0,006	0,002	0,01	0,003	0,024	0,00	
8	Zufriedenheit Funktionsbereich	-0,10	-0,02	-0,05	0,02	0,07	0,16	0,002	0,126	0,00	0,010	0,010	0,01	
9	Ergebnisse ärztlicher Bereich	0,09	0,04	-0,01	-0,05	0,02	0,14	0,003	0,021	0,00	0,002	0,073	0,00	
10	Ergebnisse pfleg. Bereich	-0,04	0,01	-0,03	0,00	0,11	0,15	0,001	0,166	0,00	0,001	0,392	0,00	
Nr.	Einzelfragen						Spanne	r ² (KTT)	p von r ² (KTT)	Effekt (KTT)	r ² (PTT)	p von r ² (PTT)	Effekt (PTT)	
1	Die Ausschilderung und die Mögl	0,03	-0,05	0,00	-0,01	0,19	0,24	0,002	0,061	0,00				
7	Die Verständlichkeit der Aufnahm	-0,08	-0,12	0,02	0,00	0,17	0,29	0,009	0,000	0,01	0,51	0,003	0,003	
7	Die Freundlichkeit des Personals	-0,02	-0,06	0,01	-0,04	0,12	0,18	0,001	0,167	0,00	0,66	-0,001	0,003	
3	Die Berücksichtigung meiner Sor	-0,19	-0,12	-0,03	0,12	0,15	0,34	0,015	0,000	0,01	0,71	-0,002	-0,002	
3	Die Offenheit der Pflegekräfte für	-0,05	-0,16	-0,01	0,09	0,10	0,26	0,009	0,001	0,01	0,72	0,005	0,005	
3	Die tägliche Unterstützung durch	-0,23	-0,16	0,03	0,07	0,11	0,34	0,015	0,000	0,02	0,75	-0,009	-0,009	
3	Die Auskünfte der Pflegekräfte de	0,05	-0,10	-0,04	0,04	0,23	0,33	0,006	0,003	0,01	0,68	-0,003	-0,003	
3	Die Freundlichkeit des Pflegepers	-0,22	-0,13	-0,01	0,11	0,20	0,42	0,022	0,000	0,02	0,64	-0,008	-0,008	
9	Die Wahrung meiner Intimsphäre	-0,22	-0,19	0,02	0,08	0,09	0,31	0,021	0,000	0,02				
2	Die Einführbarkeit, mit der mir d	-0,11	-0,08	-0,01	0,01	0,11	0,23	0,005	0,007	0,01	0,64	0,001	0,001	
2	Der Umgang der Ärzte mit mein	0,01	-0,06	0,00	-0,02	0,05	0,11	0,000	0,384	0,00	0,80	-0,001	-0,001	
2	Die Aufklärung durch die Ärzte t	0,07	0,00	0,00	-0,02	0,07	0,09	0,000	0,932	0,00	0,78	-0,001	-0,001	
2	Die Freundlichkeit der Ärzte ist	-0,02	-0,05	0,01	0,01	-0,04	0,06	0,000	0,534	0,00	0,71	0,001	0,001	
14	Die Wirksamkeit, mit der meine	-0,16	-0,12	-0,08	0,06	0,26	0,43	0,018	0,000	0,02				
15	Der Erfolg der Behandlung ist b	-0,60	-0,20	-0,05	0,18	0,50	1,10	0,085	0,000	0,09				
8	Die Wartezeiten (Röntgen, Labd	-0,16	-0,07	-0,08	0,10	0,19	0,35	0,008	0,000	0,01	0,71	-0,012	-0,011	
17	Meine Erfahrungen mit der Kran	-0,05	-0,25	0,02	0,03	0,11	0,36	0,009	0,039	0,01				
18	Meine Erfahrungen mit der Rönt	0,30	-0,07	-0,05	-0,02	0,09	0,37	0,000	0,610	0,00	0,73	-0,001	0,000	
8	Meine Erfahrungen mit den and	-0,16	-0,07	-0,04	0,08	0,05	0,24	0,006	0,013	0,01	0,69	0,005	0,008	
20	Die Angemessenheit der Inform	-0,23	-0,10	-0,04	0,05	0,31	0,54	0,021	0,000	0,02				
5	Die Patientenzimmer sind ...	-0,31	-0,17	0,02	0,03	0,35	0,66	0,026	0,000	0,03	0,79	-0,001	0,001	
5	Die hygienischen Verhältnisse is	-0,47	-0,17	0,02	0,08	0,30	0,78	0,033	0,000	0,03	0,76	-0,002	-0,002	
6	Die Cafeteria / der Kiosk ist / sir	-0,18	-0,13	0,03	0,06	0,33	0,50	0,019	0,000	0,02	0,52	0,016	0,017	
6	Das Essen ist ...	-0,14	-0,05	0,00	-0,07	0,30	0,45	0,004	0,019	0,00	0,55	0,013	0,014	
4	Die Vorbereitung auf meine Ent	-0,19	-0,10	0,03	0,00	-0,03	0,22	0,002	0,116	0,00	0,63	0,002	0,008	
4	Die Aufklärung über Komplika	-0,23	-0,10	-0,02	0,05	0,19	0,42	0,011	0,001	0,01	0,62	-0,001	-0,001	
1	Mein Gesamturteil aufgrund all	-0,17	-0,14	0,01	0,04	0,08	0,24	0,010	0,000	0,01	0,65	-0,007	-0,007	
1	Ich werde dieses Krankenhaus	-0,14	-0,10	0,03	0,01	0,07	0,21	0,005	0,008	0,00	0,71	-0,007	-0,007	
9	a) Ich habe volles Vertrauen zu der	0,09	0,06	-0,04	-0,05	0,07	0,14	0,002	0,092	0,00	0,64	0,002	0,002	
9	b) Die Ärzte sind da, wenn ich sie t	0,06	0,05	0,00	-0,07	0,03	0,13	0,002	0,078	0,00	0,73	-0,004	-0,004	
9	c) Die Ärzte sind gesprächsbereit.	0,10	0,03	0,01	-0,04	-0,03	0,14	0,003	0,042	0,00	0,73	-0,006	-0,006	
	d) Es wird mit mir gesprochen, nicht	0,09	-0,06	0,01	-0,01	0,05	0,16	0,000	0,519	0,00				
	e) Ich kann meine Behandlung akti	0,04	-0,05	0,04	-0,05	-0,01	0,09	0,000	0,852	0,00				
10	f) Ich habe volles Vertrauen zum P	-0,03	0,02	-0,02	-0,02	0,09	0,12	0,000	0,659	0,00	0,70	-0,007	-0,007	
10	g) Die Pflegekräfte sind da, wenn k	-0,08	0,04	-0,03	0,01	0,12	0,19	0,001	0,158	0,00	0,73	-0,008	-0,008	
10	h) Das Pflegepersonal ist gespräch	0,01	0,00	-0,02	0,01	0,06	0,08	0,000	0,433	0,00	0,74	-0,010	-0,010	
	i) Bei Bedarf bekomme ich rechtze	-0,09	-0,01	0,00	0,00	0,13	0,21	0,002	0,203	0,00				
	j) Das Personal nimmt sich Zeit für	-0,08	-0,03	-0,02	0,04	0,06	0,14	0,002	0,082	0,00				
	k) Mein Schlaf wird durchs Person	-0,12	-0,11	-0,02	0,15	0,15	0,27	0,020	0,000	0,02				
	l) Ich werde durch Zigarettenrauch	-0,05	0,03	-0,02	0,04	-0,07	0,11	0,000	0,896	0,00				
	I. Die Qualität des Essens ist mir ...	-0,27	-0,11	0,03	-0,04	0,05	0,32	0,001	0,187	0,00				
	II. Die hygienischen Verhältnisse in	-0,18	-0,12	0,02	0,11	0,09	0,30	0,026	0,000	0,03				
	III. Der Gesamtzustand der Zimme	-0,02	-0,03	0,00	0,03	0,02	0,06	0,001	0,176	0,00				
	IV. Die Cafeteria / der Kiosk ist / sir	0,03	0,13	0,00	-0,13	-0,04	0,26	0,009	0,000	0,01				
	V. Die pflegerische Betreuung ist m	-0,15	-0,12	0,03	0,10	0,07	0,26	0,020	0,000	0,02				
	VI. Die ärztliche Betreuung ist mir .	-0,11	-0,09	-0,01	0,08	0,04	0,19	0,015	0,000	0,02				
	VII. Geringe Wartezeiten sind mir .	-0,24	0,00	0,03	0,05	-0,03	0,28	0,002	0,102	0,00				
	VIII. Die erfolgreiche Schmerzlind	-0,03	0,03	0,00	0,02	-0,12	0,15	0,001	0,230	0,00				
	IX. Eine reibungslose Aufnahme ist	0,03	0,03	0,02	-0,03	-0,03	0,07	0,002	0,132	0,00				
	X. Die Art und Weise, wie meine A	-0,01	0,06	0,02	-0,07	-0,05	0,13	0,003	0,043	0,00				
	XI. Die Funktionsbereiche (EKG, R	0,07	0,06	0,00	-0,05	-0,01	0,12	0,003	0,050	0,00				
	XII. Die sorgfältige Vorbereitung de	0,02	0,07	0,00	-0,02	-0,06	0,12	0,003	0,045	0,00				

Anmerkung: Die differenzierte Beschreibung erfolgt in der Abbildung 87 / Tabelle 123 auf Seite 354 f.

Interaktionen zwischen den verschiedenen Einflussfaktoren

Tabelle 138

Interaktionen zwischen den verschiedenen Einflussfaktoren

		r ² (KTT)												
Nr. Skalen		Alter P2	Geschlecht P2	Schulbildung	Ausbildung	Beruf	Finanziel	Sozioökonomisch	Familie	Sprachkultur	Gesundheit P2	Globalesundheit	Interaktion	r ² Interaktion- Summe r ² P2
1	Gesamtzufriedenheit	0,000	0,000	0,007	0,008	0,036	0,000	0,001	0,009	0,007	0,024	0,007	0,078	-0,02
2	Zufriedenheit ärztliche Versorgung	0,002	0,000	0,005	0,004	0,010	0,000	0,001	0,008	0,001	0,019	0,001	0,069	0,02
3	Zufriedenheit pfleg. Versorgung	0,001	0,000	0,009	0,017	0,026	0,003	0,000	0,021	0,006	0,024	0,022	0,080	-0,05
4	Zufriedenheit Entlassung	0,003	0,000	0,006	0,003	0,002	0,000	0,001	0,005	0,006	0,012	0,005	0,062	0,02 *
5	Zufriedenheit Infrastruktur	0,010	0,000	0,010	0,017	0,061	0,007	0,002	0,033	0,011	0,026	0,036	0,122	-0,09
6	Zufriedenheit Catering	0,001	0,011	0,007	0,006	0,012	0,001	0,009	0,006	0,003	0,011	0,010	0,054	-0,02
7	Zufriedenheit Aufnahme	0,002	0,000	0,008	0,004	0,011	0,000	0,007	0,007	0,008	0,016	0,006	0,056	-0,01
8	Zufriedenheit Funktionsbereich	0,000	0,002	0,012	0,006	0,021	0,001	0,000	0,005	0,003	0,011	0,002	0,075	0,01
9	Erlebnisse ärztlicher Bereich	0,059	0,003	0,008	0,001	0,027	0,000	0,003	0,001	0,000	0,009	0,003	0,077	-0,04
10	Erlebnisse pfleg. Bereich	0,014	0,004	0,012	0,003	0,014	0,000	0,000	0,001	0,001	0,010	0,001	0,076	0,02
Nr. Einzelfragen														
Zufriedenheitsfragen	1. Die Ausschilderung und die Mögli	0,000	0,000	0,003	0,002	0,011	0,001	0,000	0,004	0,005	0,007	0,002	0,036	0,00
	2. Die Verständlichkeit der Aufnahm	0,009	0,001	0,009	0,003	0,006	0,000	0,006	0,012	0,011	0,017	0,009	0,064	-0,02
	3. Die Freundlichkeit des Personals	0,000	0,000	0,006	0,002	0,011	0,000	0,006	0,001	0,002	0,007	0,001	0,035	0,00
	3 4. Die Berücksichtigung meiner Sor	0,002	0,001	0,014	0,016	0,013	0,003	0,000	0,015	0,007	0,018	0,015	0,076	-0,03
	5. Die Offenheit der Pflegekräfte für	0,000	0,000	0,011	0,008	0,012	0,000	0,000	0,009	0,005	0,021	0,009	0,073	0,00
	3 6. Die tägliche Unterstützung durch	0,001	0,000	0,007	0,019	0,023	0,004	0,000	0,014	0,008	0,013	0,015	0,063	-0,04
	7. Die Auskünfte der Pflegekräfte da	0,000	0,000	0,005	0,004	0,017	0,000	0,001	0,010	0,003	0,014	0,006	0,061	0,00
	3 8. Die Freundlichkeit des Pflegepers	0,002	0,001	0,012	0,020	0,025	0,004	0,000	0,016	0,004	0,015	0,022	0,071	-0,05
	9. Die Wahrung meiner Intimsphäre	0,005	0,000	0,017	0,017	0,022	0,009	0,003	0,021	0,002	0,007	0,021	0,049	-0,07
	2 10. Die Einfühlbarkeit, mit der mir d	0,001	0,000	0,006	0,012	0,019	0,000	0,001	0,011	0,001	0,012	0,005	0,065	0,00
	2 11. Der Umgang der Ärzte mit mein	0,004	0,000	0,002	0,001	0,007	0,000	0,001	0,005	0,001	0,012	0,000	0,054	0,02 *
	2 12. Die Aufklärung durch die Ärzte i	0,008	0,000	0,008	0,004	0,011	0,000	0,001	0,005	0,001	0,015	0,000	0,074	0,02
	2 13. Die Freundlichkeit der Ärzte ist	0,001	0,000	0,005	0,004	0,006	0,000	0,000	0,002	0,000	0,011	0,000	0,039	0,01
	14. Die Wirksamkeit, mit der meine	0,000	0,000	0,007	0,011	0,006	0,002	0,001	0,010	0,000	0,027	0,018	0,053	-0,03
	15. Der Erfolg der Behandlung ist bi	0,012	0,000	0,006	0,016	0,014	0,010	0,000	0,040	0,001	0,123	0,085	0,156	-0,15
	8 16. Die Wartezeiten (Röntgen, Labc	0,003	0,001	0,010	0,002	0,019	0,000	0,001	0,012	0,004	0,024	0,008	0,067	-0,02
	17. Meine Erfahrungen mit der Kran	0,004	0,006	0,012	0,020	0,006	0,009	0,001	0,005	0,000	0,011	0,009	0,072	-0,01
	8 18. Meine Erfahrungen mit der Rönt	0,001	0,003	0,024	0,006	0,026	0,000	0,000	0,006	0,002	0,000	0,000	0,060	-0,01
	8 19. Meine Erfahrungen mit den and	0,000	0,000	0,008	0,008	0,018	0,001	0,001	0,007	0,003	0,007	0,006	0,083	0,02 *
	20. Die Angemessenheit der Infor	0,000	0,002	0,003	0,004	0,006	0,002	0,003	0,017	0,002	0,024	0,021	0,093	0,01
	5 21. Die Patientenzimmer sind ...	0,009	0,002	0,008	0,015	0,047	0,005	0,002	0,033	0,009	0,019	0,026	0,097	-0,08
	5 22. Die hygienischen Verhältnisse is	0,006	0,000	0,011	0,013	0,059	0,005	0,002	0,021	0,009	0,022	0,033	0,107	-0,07
	6 23. Die Cafeteria / der Kiosk ist / sir	0,005	0,000	0,001	0,001	0,012	0,003	0,004	0,009	0,001	0,013	0,019	0,048	-0,02
	6 24. Das Essen ist ...	0,011	0,020	0,012	0,008	0,016	0,001	0,007	0,002	0,002	0,007	0,004	0,066	-0,02
	4 25. Die Vorbereitung auf meine Entl	0,002	0,001	0,003	0,001	0,001	0,000	0,004	0,003	0,003	0,009	0,002	0,048	0,02
	4 26. Die Aufklärung über Komplikat	0,000	0,000	0,007	0,002	0,011	0,000	0,000	0,012	0,007	0,023	0,011	0,084	0,01
	1 27. Mein Gesamturteil aufgrund all /	0,000	0,000	0,007	0,009	0,039	0,000	0,000	0,008	0,007	0,025	0,010	0,078	-0,03
	1 28. Ich werde dieses Krankenhaus	0,001	0,000	0,006	0,009	0,033	0,000	0,002	0,007	0,006	0,016	0,005	0,071	-0,01
Erlebnissfragen	9 a) Ich habe volles Vertrauen zu der	0,050	0,005	0,018	0,007	0,025	0,000	0,001	0,000	0,001	0,008	0,002	0,067	-0,05
	9 b) Die Ärzte sind da, wenn ich sie b	0,052	0,002	0,006	0,001	0,025	0,001	0,003	0,001	0,000	0,004	0,002	0,073	-0,02
	9 c) Die Ärzte sind gesprächsbereit.	0,031	0,002	0,003	0,000	0,012	0,001	0,002	0,000	0,000	0,008	0,003	0,059	0,00
	d) Es wird mit mir gesprochen, nicht	0,004	0,004	0,011	0,006	0,000	0,002	0,008	0,006	0,003	0,008	0,000	0,054	0,00
	e) Ich kann meine Behandlung akti	0,013	0,002	0,007	0,002	0,004	0,000	0,003	0,000	0,000	0,012	0,000	0,077	0,03 *
	10 f) Ich habe volles Vertrauen zum Pf	0,027	0,005	0,009	0,003	0,015	0,002	0,000	0,000	0,000	0,011	0,000	0,079	0,01
	10 g) Die Pflegekräfte sind da, wenn ic	0,006	0,001	0,011	0,000	0,014	0,000	0,000	0,000	0,002	0,006	0,001	0,043	0,00
	10 h) Das Pflegepersonal ist gespräch	0,008	0,004	0,010	0,006	0,009	0,001	0,000	0,000	0,001	0,006	0,000	0,066	0,02 *
	i) Bei Bedarf bekomme ich rechtzei	0,000	0,001	0,005	0,003	0,013	0,002	0,002	0,001	0,006	0,008	0,002	0,056	0,01
	j) Das Personal nimmt sich Zeit für	0,000	0,000	0,006	0,010	0,008	0,001	0,000	0,003	0,001	0,006	0,002	0,042	0,00
	k) Mein Schlaf wird durchs Person	0,082	0,005	0,017	0,008	0,040	0,006	0,001	0,006	0,003	0,001	0,020	0,098	-0,09
	l) Ich werde durch Zigarettenrauch	0,002	0,003	0,007	0,007	0,010	0,000	0,000	0,000	0,005	0,000	0,000	0,017	-0,02
Wichtigkeitsfragen	I. Die Qualität des Essens ist mir ...	0,009	0,005	0,017	0,022	0,004	0,003	0,005	0,000	0,002	0,003	0,001	0,066	0,00
	II. Die hygienischen Verhältnisse in	0,060	0,007	0,013	0,009	0,030	0,002	0,001	0,025	0,003	0,002	0,026	0,087	-0,09
	III. Der Gesamtzustand der Zimme	0,000	0,000	0,004	0,003	0,001	0,001	0,001	0,000	0,002	0,000	0,001	0,018	0,00
	IV. Die Cafeteria / der Kiosk ist / sir	0,003	0,006	0,036	0,037	0,016	0,007	0,017	0,008	0,000	0,000	0,009	0,096	-0,04
	V. Die pflegerische Betreuung ist n	0,030	0,006	0,018	0,012	0,024	0,002	0,000	0,017	0,000	0,001	0,020	0,048	-0,08
	VI. Die ärztliche Betreuung ist mir	0,021	0,003	0,048	0,031	0,015	0,007	0,014	0,011	0,000	0,000	0,015	0,076	-0,09
	VII. Geringe Wartezeiten sind mir	0,010	0,002	0,005	0,008	0,002	0,000	0,000	0,002	0,003	0,000	0,002	0,031	0,00
	VIII. Die erfolgreiche Schmerzlinde	0,007	0,000	0,001	0,005	0,002	0,000	0,002	0,000	0,000	0,002	0,001	0,022	0,00
	IX. Eine reibungslose Aufnahme ist	0,001	0,000	0,019	0,019	0,003	0,002	0,004	0,000	0,003	0,001	0,002	0,033	-0,02
	X. Die Art und Weise, wie meine Ar	0,007	0,000	0,017	0,010	0,006	0,003	0,005	0,001	0,003	0,001	0,003	0,063	0,01
	XI. Die Funktionsbereiche (EKG, R	0,009	0,007	0,005	0,015	0,005	0,001	0,001	0,000	0,001	0,002	0,003	0,058	0,01
	XII. Die sorgfältige Vorbereitung de	0,001	0,000	0,019	0,014	0,003	0,007	0,003	0,001	0,001	0,002	0,003	0,050	-0,01

Anmerkung: Die Werte in der Tabelle stellen das r² der Regression des personengebundenen Einflussfaktors als unabhängige Variable auf die spezifische Frage/ Skala als abhängige Variable dar. Der Skalenwert wird über die Klassische Testtheorie gebildet. Die letzte Spalte ist die Summe des r² über die Zeile minus des r², wenn alle unabhängigen Variablen interagieren können. *Werte über 0,02 zeigen, dass zumindest eine sehr geringe Interaktion vorhanden ist.

Zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse zu den Hypothesen H1a, H1b und H2

Tabelle 139

Zusammenfassende Ergebnisse: r^2 durch die Klassische Testtheorie ermittelt

		r^2 (KTT)														
Nr. Skalen		Alter P1	Geschlecht P1	Krankheit Soma	Krankheit Psych	Schulbildung	Ausbildung	Beruf	Finanziel	Sozioökonomisch	Familie	Sprachkultur	Schmerz	Gesundheit P1	Globalesundheit	Mittleres r^2
1	Gesamtzufriedenheit	0,002	0,000	0,012	0,000	0,007	0,008	0,036	0,000	0,001	0,009	0,007	0,001	0,036	0,007	0,01
2	Zufriedenheit ärztliche Versorgung	0,000	0,000	0,014	0,000	0,005	0,004	0,010	0,000	0,001	0,008	0,001	0,000	0,039	0,001	0,01
3	Zufriedenheit pfleg. Versorgung	0,009	0,001	0,022	0,000	0,009	0,017	0,026	0,003	0,000	0,021	0,006	0,001	0,032	0,022	0,01
4	Zufriedenheit Entlassung	0,003	0,000	0,012	0,000	0,006	0,003	0,002	0,000	0,001	0,005	0,006	0,000	0,045	0,005	0,01
5	Zufriedenheit Infrastruktur	0,000	0,003	0,021	0,000	0,010	0,017	0,061	0,007	0,002	0,033	0,011	0,000	0,017	0,036	0,02
6	Zufriedenheit Catering	0,003	0,000	0,007	0,000	0,007	0,006	0,012	0,001	0,009	0,006	0,003	0,001	0,008	0,010	0,01
7	Zufriedenheit Aufnahme	0,008	0,000	0,010	0,000	0,008	0,004	0,011	0,000	0,007	0,007	0,008	0,000	0,023	0,006	0,01
8	Zufriedenheit Funktionsbereich	0,003	0,000	0,005	0,000	0,012	0,006	0,021	0,001	0,000	0,005	0,003	0,000	0,025	0,002	0,01
9	Erlebnisse ärztlich Bereich	0,034	0,000	0,006	0,000	0,008	0,001	0,027	0,000	0,003	0,001	0,000	0,000	0,014	0,003	0,01
10	Erlebnisse pfleg. Bereich	0,010	0,001	0,005	0,000	0,012	0,003	0,014	0,000	0,000	0,001	0,001	0,000	0,010	0,001	0,00
Nr. Einzelfragen																
1	Die Ausschilderung und die Mögl	0,001	0,000	0,008	0,000	0,003	0,002	0,011	0,001	0,000	0,004	0,005	0,000	0,009	0,002	0,00
7	2. Die Verständlichkeit der Aufnahm	0,011	0,000	0,011	0,000	0,009	0,003	0,006	0,000	0,006	0,012	0,011	0,000	0,021	0,009	0,01
7	3. Die Freundlichkeit des Personals	0,005	0,000	0,007	0,000	0,006	0,002	0,011	0,000	0,006	0,001	0,002	0,000	0,018	0,001	0,00
3	4. Die Berücksichtigung meiner Sor	0,007	0,000	0,021	0,019	0,014	0,016	0,013	0,003	0,000	0,015	0,007	0,000	0,022	0,015	0,01
3	5. Die Offenheit der Pflegekräfte für	0,002	0,000	0,013	0,010	0,011	0,008	0,012	0,000	0,000	0,009	0,005	0,001	0,027	0,009	0,01
3	6. Die tägliche Unterstützung durch	0,008	0,001	0,019	0,033	0,007	0,019	0,023	0,004	0,000	0,014	0,008	0,000	0,025	0,015	0,01
3	7. Die Auskünfte der Pflegekräfte d	0,004	0,000	0,014	0,008	0,005	0,004	0,017	0,000	0,001	0,010	0,003	0,001	0,021	0,006	0,01
3	8. Die Freundlichkeit des Pflegepers	0,009	0,001	0,017	0,000	0,012	0,020	0,025	0,004	0,000	0,016	0,004	0,000	0,021	0,022	0,01
9	9. Die Wahrung meiner Intimsphäre	0,008	0,000	0,016	0,011	0,017	0,017	0,022	0,009	0,003	0,021	0,002	0,000	0,023	0,021	0,01
2	10. Die Einfühlbarkeit, mit der mir	0,001	0,000	0,013	0,041	0,006	0,012	0,019	0,000	0,001	0,011	0,001	0,001	0,031	0,005	0,01
2	11. Der Umgang der Ärzte mit mein	0,000	0,000	0,009	0,000	0,002	0,001	0,007	0,000	0,001	0,005	0,001	0,001	0,024	0,000	0,00
2	12. Die Aufklärung durch die Ärzte i	0,000	0,000	0,009	0,054	0,008	0,004	0,011	0,000	0,001	0,005	0,001	0,000	0,033	0,000	0,01
2	13. Die Freundlichkeit der Ärzte ist	0,000	0,000	0,013	0,000	0,005	0,004	0,006	0,000	0,000	0,002	0,000	0,000	0,026	0,000	0,00
14.	Die Wirksamkeit, mit der meine	0,006	0,000	0,020	0,000	0,007	0,011	0,006	0,002	0,001	0,010	0,000	0,001	0,067	0,018	0,01
15.	Der Erfolg der Behandlung ist bi	0,014	0,000	0,030	0,029	0,006	0,016	0,014	0,010	0,000	0,040	0,001	0,005	0,172	0,085	0,03
8	16. Die Wartezeiten (Röntgen, Lab	0,005	0,000	0,009	0,000	0,010	0,002	0,019	0,000	0,001	0,012	0,004	0,000	0,026	0,008	0,01
17.	Meine Erfahrungen mit der Kran	0,002	0,002	0,042	0,000	0,012	0,020	0,006	0,009	0,001	0,005	0,000	0,000	0,022	0,009	0,01
18.	Meine Erfahrungen mit der Rönt	0,001	0,001	0,003	0,000	0,024	0,006	0,026	0,000	0,000	0,006	0,002	0,000	0,015	0,000	0,01
19.	Meine Erfahrungen mit den and	0,005	0,000	0,005	0,000	0,008	0,008	0,018	0,001	0,001	0,007	0,003	0,000	0,024	0,006	0,01
20.	Die Angemessenheit der Inform	0,003	0,000	0,005	0,046	0,003	0,004	0,006	0,002	0,003	0,017	0,002	0,000	0,016	0,021	0,01
5	21. Die Patientenzimmer sind ...	0,001	0,001	0,023	0,030	0,008	0,015	0,047	0,005	0,002	0,033	0,009	0,000	0,014	0,026	0,02
5	22. Die hygienischen Verhältnisse is	0,001	0,004	0,015	0,008	0,011	0,013	0,059	0,005	0,002	0,021	0,009	0,000	0,015	0,033	0,01
6	23. Die Cafeteria / der Kiosk ist / sin	0,000	0,002	0,009	0,000	0,001	0,001	0,012	0,003	0,004	0,009	0,001	0,000	0,008	0,019	0,01
6	24. Das Essen ist ...	0,004	0,002	0,009	0,019	0,012	0,008	0,016	0,001	0,007	0,002	0,002	0,001	0,005	0,004	0,01
4	25. Die Vorbereitung auf meine Entl	0,001	0,000	0,011	0,017	0,003	0,001	0,001	0,000	0,004	0,003	0,003	0,000	0,040	0,002	0,01
4	26. Die Aufklärung über Komplikat	0,005	0,000	0,013	0,000	0,007	0,002	0,011	0,000	0,000	0,012	0,007	0,001	0,039	0,011	0,01
1	27. Mein Gesamturteil aufgrund all r	0,002	0,000	0,013	0,025	0,007	0,009	0,039	0,000	0,000	0,008	0,007	0,001	0,039	0,010	0,01
1	28. Ich werde dieses Krankenhaus	0,001	0,000	0,009	0,000	0,006	0,009	0,033	0,000	0,002	0,007	0,006	0,000	0,025	0,005	0,01
9	a) Ich habe volles Vertrauen zu der	0,035	0,001	0,006	0,043	0,018	0,007	0,025	0,000	0,001	0,000	0,001	0,000	0,009	0,002	0,01
9	b) Die Ärzte sind da, wenn ich sie b	0,033	0,000	0,004	0,000	0,006	0,001	0,025	0,001	0,003	0,001	0,000	0,000	0,009	0,002	0,01
9	c) Die Ärzte sind gesprächsbereit.	0,014	0,000	0,005	0,000	0,003	0,000	0,012	0,001	0,002	0,000	0,000	0,000	0,011	0,003	0,00
d)	Es wird mit mir gesprochen, nich	0,004	0,002	0,006	0,014	0,011	0,006	0,000	0,002	0,008	0,006	0,003	0,000	0,006	0,000	0,00
e)	Ich kann meine Behandlung akti	0,006	0,001	0,009	0,000	0,007	0,002	0,004	0,000	0,003	0,000	0,000	0,000	0,020	0,000	0,00
10	f) Ich habe volles Vertrauen zum Pf	0,017	0,001	0,003	0,052	0,009	0,003	0,015	0,002	0,000	0,000	0,000	0,000	0,005	0,000	0,01
10	g) Die Pflegekräfte sind da, wenn id	0,006	0,001	0,005	0,000	0,011	0,000	0,014	0,000	0,000	0,000	0,002	0,000	0,007	0,001	0,00
10	h) Das Pflegepersonal ist gespräch	0,004	0,001	0,006	0,000	0,010	0,006	0,009	0,001	0,000	0,000	0,001	0,000	0,009	0,000	0,00
i)	Bei Bedarf bekomme ich rechtzei	0,000	0,000	0,009	0,000	0,005	0,003	0,013	0,002	0,002	0,001	0,006	0,000	0,009	0,002	0,00
j)	Das Personal nimmt sich Zeit für	0,001	0,000	0,009	0,000	0,006	0,010	0,008	0,001	0,000	0,003	0,001	0,000	0,008	0,002	0,00
k)	Mein Schlaf wird durchs Perso	0,025	0,000	0,007	0,000	0,017	0,008	0,040	0,006	0,001	0,006	0,003	0,000	0,000	0,020	0,01
l)	Ich werde durch Zigarettenrauch	0,000	0,000	0,002	0,000	0,007	0,007	0,010	0,000	0,000	0,000	0,005	0,000	0,000	0,000	0,00
l.	Die Qualität des Essens ist mir ...	0,004	0,003	0,004	0,001	0,017	0,022	0,004	0,003	0,005	0,000	0,002	0,000	0,004	0,001	0,01
ll.	Die hygienischen Verhältnisse im	0,039	0,000	0,016	0,030	0,013	0,009	0,030	0,002	0,001	0,025	0,003	0,002	0,011	0,026	0,01
lll.	Der Gesamtzustand der Zimmer	0,000	0,002	0,002	0,004	0,004	0,003	0,001	0,001	0,001	0,000	0,002	0,000	0,003	0,001	0,00
lv.	Die Cafeteria / der Kiosk ist / sin	0,001	0,003	0,009	0,000	0,036	0,037	0,016	0,007	0,017	0,008	0,000	0,002	0,002	0,009	0,01
v.	Die pflegerische Betreuung ist m	0,030	0,004	0,024	0,042	0,018	0,012	0,024	0,002	0,000	0,017	0,000	0,007	0,004	0,020	0,01
vi.	Die ärztliche Betreuung ist mir ...	0,031	0,000	0,016	0,049	0,048	0,031	0,015	0,007	0,014	0,011	0,000	0,004	0,004	0,015	0,02
vii.	Geringe Wartezeiten sind mir ...	0,002	0,000	0,003	0,000	0,005	0,008	0,002	0,000	0,000	0,002	0,003	0,001	0,000	0,002	0,00
viii.	Die erfolgreiche Schmerzind	0,015	0,001	0,006	0,000	0,001	0,005	0,002	0,000	0,002	0,000	0,000	0,014	0,000	0,001	0,00
ix.	Eine reibungslose Aufnahme ist	0,001	0,002	0,005	0,000	0,019	0,019	0,003	0,002	0,004	0,000	0,003	0,000	0,000	0,002	0,00
x.	Die Art und Weise, wie meine Af	0,002	0,003	0,011	0,025	0,017	0,010	0,006	0,003	0,005	0,001	0,003	0,000	0,000	0,003	0,01
xi.	Die Funktionsbereiche (EKG, Ri	0,004	0,001	0,019	0,000	0,005	0,015	0,005	0,001	0,001	0,000	0,001	0,001	0,000	0,003	0,00
xii.	Die sorgfältige Vorbereitung de	0,002	0,000	0,004	0,015	0,019	0,014	0,003	0,007	0,003	0,001	0,001	0,000	0,000		

Tabelle 140

Zusammenfassende Ergebnisse p von r^2

		p des r ² KTT																		
Nr	Skalen	Alter P1	Alter P2	Geschlecht P1	Geschlecht P2	Krankheit Soma	Krankheit Psych	Schulbildung	Ausbildung	Beruf	Finanziel	Sozioökonomisch	Familie	Sprachkultur	Schmerz	Gesundheit P1	Gesundheit P2	Globalgesundheit	Interaktion	Mittleres p
1	Gesamtzufriedenheit	0,000	0,631	0,593	0,623	0,000	0,000	0,027	0,006	0,950	0,950	0,235	0,500	0,001	0,008	0,000	0,500	0,001	0,000	0,181
2	Zufriedenheit ärztliche Versorgung	0,076	0,039	0,917	0,822	0,000	0,000	0,070	0,067	0,001	0,813	0,200	0,001	0,196	0,046	0,000	0,000	0,185	0,000	0,202
3	Zufriedenheit pfleg. Versorgung	0,000	0,159	0,020	0,826	0,000	0,000	0,004	0,000	0,000	0,026	0,989	0,000	0,001	0,014	0,000	0,000	0,000	0,000	0,120
4	Zufriedenheit Entlassung	0,000	0,057	0,803	0,433	0,000	0,000	0,101	0,203	0,570	0,745	0,392	0,012	0,006	0,064	0,000	0,000	0,012	0,000	0,200
5	Zufriedenheit Infrastruktur	0,945	0,000	0,000	0,373	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000	0,001	0,057	0,000	0,000	0,772	0,000	0,000	0,000	0,000	0,126
6	Zufriedenheit Catering	0,000	0,164	0,515	0,000	0,000	0,000	0,024	0,031	0,000	0,266	0,000	0,003	0,040	0,014	0,000	0,000	0,000	0,000	0,062
7	Zufriedenheit Aufnahme	0,000	0,071	0,322	0,716	0,000	0,000	0,011	0,116	0,001	0,728	0,001	0,001	0,000	0,123	0,000	0,000	0,002	0,000	0,123
8	Zufriedenheit Funktionsbereich	0,000	0,407	0,092	0,045	0,000	0,000	0,001	0,035	0,000	0,316	0,513	0,006	0,025	0,107	0,000	0,000	0,126	0,000	0,098
9	Ergebnisse ärztlicher Bereich	0,000	0,000	0,129	0,036	0,000	0,000	0,009	0,603	0,000	0,387	0,033	0,321	0,380	0,000	0,000	0,000	0,021	0,000	0,113
10	Ergebnisse pfleg. Bereich	0,000	0,000	0,001	0,009	0,000	0,000	0,001	0,204	0,000	0,427	0,738	0,213	0,208	0,000	0,000	0,000	0,166	0,000	0,116
Nr	Einzelfragen	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
1	Die Ausschliederung und die Mögli	0,015	0,716	0,491	0,864	0,000	0,396	0,255	0,366	0,001	0,153	0,785	0,010	0,004	0,227	0,000	0,001	0,061	0,013	0,256
7	Die Verständlichkeit der Aufnahm	0,000	0,000	0,089	0,126	0,000	0,000	0,004	0,173	0,020	0,404	0,004	0,000	0,000	0,126	0,000	0,000	0,000	0,000	0,056
7	Die Freundlichkeit des Personals	0,000	0,957	0,399	0,664	0,000	0,000	0,038	0,275	0,001	0,694	0,002	0,147	0,081	0,240	0,000	0,001	0,167	0,019	0,216
3	Die Berücksichtigung meiner Sor	0,000	0,062	0,054	0,317	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,029	0,727	0,000	0,001	0,334	0,000	0,000	0,000	0,000	0,090
3	Die Offenheit der Pflegekräfte für	0,000	0,647	0,174	0,672	0,000	0,000	0,009	0,028	0,004	0,914	0,820	0,001	0,012	0,001	0,000	0,000	0,001	0,000	0,193
3	Die tägliche Unterstützung durch	0,000	0,335	0,007	0,386	0,000	0,000	0,028	0,000	0,000	0,014	0,624	0,000	0,000	0,263	0,000	0,000	0,000	0,000	0,098
3	Die Auskünfte der Pflegekräfte d	0,000	0,461	0,168	0,938	0,000	0,000	0,103	0,140	0,000	0,619	0,276	0,000	0,051	0,002	0,000	0,000	0,003	0,000	0,162
3	Die Freundlichkeit des Pflegepers	0,000	0,060	0,005	0,164	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000	0,017	0,808	0,000	0,011	0,194	0,000	0,000	0,000	0,000	0,074
9	Die Wahrung meiner Intimsphäre	0,000	0,005	0,469	0,735	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,037	0,000	0,074	0,138	0,000	0,001	0,000	0,001	0,086
2	10. Die Einfühlbarkeit, mit der mir	0,001	0,293	0,345	0,433	0,000	0,000	0,068	0,001	0,000	0,554	0,174	0,000	0,320	0,026	0,000	0,000	0,007	0,000	0,131
2	11. Der Umgang der Ärzte mit mein	0,938	0,009	0,432	0,744	0,000	0,000	0,515	0,717	0,014	0,574	0,166	0,006	0,326	0,012	0,000	0,000	0,384	0,000	0,285
2	12. Die Aufklärung durch die Ärzte	0,365	0,000	0,555	0,440	0,000	0,000	0,008	0,084	0,001	0,570	0,147	0,008	0,132	0,151	0,000	0,000	0,952	0,000	0,200
2	13. Die Freundlichkeit der Ärzte ist	0,105	0,191	0,756	0,661	0,000	0,000	0,072	0,128	0,036	0,601	0,450	0,065	0,454	0,773	0,000	0,000	0,534	0,007	0,284
2	14. Die Wirksamkeit, mit der meine	0,000	0,982	0,362	0,702	0,000	0,000	0,043	0,02	0,037	0,146	0,265	0,000	0,467	0,003	0,000	0,000	0,000	0,001	0,179
2	15. Der Erfolg der Behandlung ist b	0,000	0,000	0,260	0,960	0,000	0,000	0,061	0,000	0,000	0,000	0,950	0,000	0,230	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,145
8	16. Die Wartezeiten (Röntgen Lab	0,005	0,046	0,514	0,141	0,000	0,000	0,004	0,519	0,000	0,824	0,267	0,000	0,020	0,173	0,000	0,000	0,005	0,000	0,148
17	Meine Erfahrungen mit der Kran	0,004	0,156	0,007	0,096	0,000	0,195	0,025	0,408	0,043	0,642	0,126	0,999	0,000	0,000	0,028	0,039	0,374	0,163	
8	18. Meine Erfahrungen mit der Rönt	0,012	0,411	0,012	0,101	0,004	0,000	0,000	0,135	0,000	0,782	0,947	0,017	0,141	0,531	0,000	0,737	0,610	0,011	0,261
8	19. Meine Erfahrungen mit den and	0,000	0,948	0,988	0,535	0,000	0,000	0,070	0,035	0,000	0,321	0,309	0,009	0,095	0,414	0,000	0,007	0,013	0,000	0,220
20	Die Angemessenheit der Inform	0,000	0,656	0,783	0,117	0,000	0,000	0,543	0,237	0,113	0,230	0,076	0,000	0,124	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,169
5	21. Die Patientenzimmer sind ...	0,041	0,000	0,001	0,072	0,000	0,009	0,000	0,000	0,000	0,004	0,083	0,000	0,000	0,672	0,000	0,000	0,000	0,000	0,052
5	22. Die hygienischen Verhältnisse is	0,737	0,002	0,000	0,852	0,000	0,001	0,000	0,000	0,000	0,005	0,053	0,000	0,000	0,763	0,000	0,000	0,000	0,000	0,101
23	Die Cafeteria / der Kiosk ist / siri	0,033	0,012	0,003	0,910	0,000	0,000	0,815	0,702	0,003	0,056	0,039	0,001	0,261	0,504	0,000	0,000	0,000	0,020	0,238
6	24. Das Essen ist ...	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,001	0,006	0,000	0,341	0,001	0,070	0,112	0,015	0,000	0,001	0,019	0,000	0,033
4	25. Die Vorbereitung auf meine Entl	0,014	0,094	0,520	0,288	0,000	0,465	0,674	0,893	0,642	0,035	0,057	0,074	0,420	0,000	0,001	0,116	0,010	0,276	
4	26. Die Aufklärung über Komplika	0,000	0,190	0,860	0,902	0,000	0,000	0,092	0,465	0,011	0,975	0,962	0,000	0,024	0,000	0,000	0,000	0,000	0,264	
1	27. Mein Gesamturteil aufgrund all	0,000	0,633	0,478	0,788	0,000	0,000	0,025	0,005	0,000	0,648	0,451	0,000	0,001	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,178
1	28. Ich werde dieses Krankenhaus	0,006	0,382	0,686	0,367	0,000	0,000	0,038	0,003	0,000	0,829	0,129	0,001	0,002	0,130	0,000	0,000	0,008	0,000	0,150
9	a) Ich habe volles Vertrauen zu der	0,000	0,000	0,002	0,003	0,000	0,000	0,000	0,017	0,000	0,755	0,346	0,436	0,206	0,000	0,000	0,000	0,092	0,000	0,109
9	b) Die Ärzte sind da, wenn ich sie b	0,000	0,000	0,961	0,079	0,000	0,000	0,067	0,593	0,000	0,193	0,042	0,192	0,753	0,000	0,000	0,011	0,078	0,000	0,175
9	c) Die Ärzte sind gesprächsbereit.	0,000	0,000	0,464	0,110	0,000	0,000	0,305	0,959	0,000	0,198	0,064	0,562	0,748	0,000	0,000	0,001	0,042	0,000	0,203
9	d) Es wird mit mir gesprochen, nich	0,000	0,017	0,001	0,015	0,000	0,000	0,003	0,046	0,951	0,093	0,001	0,004	0,044	0,000	0,000	0,001	0,519	0,000	0,100
9	e) Ich kann meine Behandlung akti	0,000	0,066	0,175	0,000	0,000	0,071	0,632	0,247	0,492	0,076	0,678	0,718	0,000	0,000	0,000	0,000	0,852	0,000	0,236
10	f) Ich habe volles Vertrauen zum P	0,000	0,000	0,018	0,005	0,000	0,000	0,006	0,267	0,000	0,095	0,651	0,471	0,687	0,000	0,000	0,000	0,659	0,000	0,168
10	g) Die Pflegekräfte sind da, wenn i	0,000	0,001	0,007	0,187	0,000	0,000	0,001	0,951	0,000	0,777	0,854	0,436	0,083	0,000	0,000	0,002	0,158	0,002	0,203
10	h) Das Pflegepersonal ist gespräch	0,000	0,000	0,001	0,014	0,000	0,000	0,003	0,026	0,005	0,344	0,938	0,434	0,200	0,000	0,000	0,002	0,433	0,000	0,141
11	i) Bei Bedarf bekomme ich rechtzei	0,092	0,986	0,420	0,247	0,000	0,000	0,292	0,402	0,007	0,198	0,195	0,410	0,016	0,000	0,000	0,006	0,203	0,016	0,204
11	j) Das Personal nimmt sich Zeit für	0,002	0,996	0,119	0,459	0,000	0,000	0,069	0,002	0,007	0,152	0,745	0,036	0,316	0,000	0,000	0,003	0,082	0,005	0,176
11	k) Mein Schlaf wird durchs Person	0,000	0,000	0,050	0,008	0,000	0,000	0,000	0,010	0,000	0,004	0,241	0,003	0,055	0,000	0,905	0,155	0,000	0,000	0,084
11	l) Ich werde durch Zigarettenrauch	0,399	0,127	0,275	0,024	0,129	0,000	0,040	0,024	0,003	0,839	0,689	0,949	0,007	0,000	0,632</				

Tabelle 141

Zusammenfassende Ergebnisse Effektgrößen

		Effekt (KTT)																		
		Alter P1	Alter P2	Geschlecht P1	Geschlecht P2	Krankheit Soma	Krankheit Psych	Schulbildung	Ausbildung	Beruf	Finanziel	Sozioökonomisch	Familie	Sprachkultur	Schmerz	Gesundheit P1	Gesundheit P2	Globalgesundheit	Interaktion	
Nr	Skalen																			
1	Gesamtzufriedenheit	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,01	0,01	0,04	0,00	0,00	0,01	0,01	0,00	0,04	0,02	0,01	0,06	
2	Zufriedenheit ärztliche Versorgung	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,01	0,00	0,01	0,00	0,01	0,00	0,01	0,00	0,04	0,02	0,00	0,07	
3	Zufriedenheit pfleg. Versorgung	0,01	0,00	0,00	0,00	0,02	0,00	0,01	0,02	0,03	0,00	0,00	0,02	0,01	0,00	0,03	0,02	0,02	0,09	
4	Zufriedenheit -Erfassung	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,01	0,00	0,07	
5	Zufriedenheit Infrastruktur	0,00	0,01	0,00	0,00	0,02	0,00	0,01	0,02	0,07	0,01	0,00	0,03	0,01	0,00	0,02	0,03	0,04	0,14	
6	Zufriedenheit Catering	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,00	0,01	0,01	0,01	0,00	0,01	0,01	0,00	0,00	0,01	0,01	0,01	0,06	
7	Zufriedenheit Aufnahme	0,01	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,01	0,00	0,01	0,00	0,01	0,01	0,01	0,00	0,02	0,02	0,01	0,06	
8	Zufriedenheit Funktionsbereich	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,01	0,01	0,02	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,02	0,01	0,00	0,06	
9	Erlebnisse ärztlicher Bereich	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,00	0,00	
10	Erlebnisse pfleg. Bereich	0,01	0,01	0,00	0,00	0,01	0,00	0,01	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,00	0,06	
Nr	Einzelfragen																			
1	1. Die Ausschilderung und die Mögl	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,01	0,01	0,00	0,04	
7	2. Die Verständlichkeit der Aufnahm	0,01	0,01	0,00	0,00	0,01	0,00	0,01	0,00	0,01	0,00	0,01	0,01	0,01	0,00	0,02	0,02	0,01	0,07	
7	3. Die Freundlichkeit des Personals	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,01	0,00	0,01	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,02	0,01	0,00	0,04	
3	4. Die Berücksichtigung meiner Sor	0,01	0,00	0,00	0,00	0,02	0,02	0,01	0,02	0,01	0,00	0,00	0,01	0,01	0,00	0,02	0,02	0,01	0,08	
5	5. Die Offenheit der Pflegekräfte für	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,00	0,00	0,01	0,01	0,00	0,03	0,02	0,01	0,08	
3	6. Die tägliche Unterstützung durch	0,01	0,00	0,00	0,00	0,02	0,03	0,01	0,02	0,02	0,00	0,00	0,01	0,01	0,00	0,03	0,01	0,02	0,07	
3	7. Die Auskünfte der Pflegekräfte de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,00	0,00	0,02	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,02	0,01	0,01	0,07	
3	8. Die Freundlichkeit des Pflegepers	0,01	0,00	0,00	0,00	0,02	0,00	0,01	0,02	0,03	0,00	0,00	0,02	0,00	0,00	0,02	0,02	0,02	0,08	
9	9. Die Wahrung meiner Intimsphäre	0,01	0,00	0,00	0,00	0,02	0,01	0,02	0,02	0,02	0,01	0,00	0,02	0,00	0,00	0,02	0,01	0,02	0,05	
2	10. Die Einfühlsamkeit, mit der mir	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,04	0,01	0,01	0,02	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,03	0,01	0,01	0,07	
2	11. Der Umgang der Ärzte mit mein	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,01	0,00	0,06	
2	12. Die Aufklärung durch die Ärzte i	0,00	0,01	0,00	0,00	0,01	0,00	0,01	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,03	0,02	0,00	0,06	
2	13. Die Freundlichkeit der Ärzte ist.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,01	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,03	0,01	0,00	0,04	
2	14. Die Wirksamkeit, mit der meine	0,01	0,00	0,00	0,00	0,02	0,00	0,01	0,01	0,01	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,07	0,03	0,02	0,06	
8	15. Der Erfolg der Behandlung ist b	0,01	0,01	0,00	0,00	0,03	0,03	0,01	0,02	0,01	0,01	0,00	0,04	0,00	0,01	0,21	0,14	0,09	0,18	
8	16. Die Wartezeiten (Röntgen, Labo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,01	0,00	0,02	0,00	0,00	0,03	0,01	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	
8	17. Meine Erfahrungen mit der Kran	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,04	0,00	0,01	0,02	0,01	0,01	0,00	0,01	0,00	0,02	0,01	0,01	0,08	
8	18. Meine Erfahrungen mit der Rönt	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,01	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,02	0,00	0,00	0,00	
8	19. Meine Erfahrungen mit den and	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,02	0,00	0,00	0,03	0,01	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	
20	20. Die Angemessenheit der Inform	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,02	0,00	0,00	0,02	0,02	0,02	0,10	
5	21. Die Patientenzimmer sind ...	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,02	0,03	0,01	0,02	0,05	0,01	0,00	0,03	0,01	0,01	0,02	0,03	0,11	
5	22. Die hygienischen Verhältnisse is	0,00	0,01	0,00	0,00	0,02	0,01	0,01	0,01	0,06	0,01	0,00	0,02	0,01	0,00	0,02	0,02	0,03	0,12	
6	23. Die Cafeteria / der Kiosk ist / sir	0,00	0,01	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,01	0,01	0,02	0,05	
6	24. Das Essen ist ...	0,00	0,01	0,00	0,00	0,02	0,01	0,01	0,02	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,00	0,07	
4	25. Die Vorbereitung auf meine Entl	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	
4	26. Die Aufklärung über Komplikat	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,01	0,00	0,00	0,03	0,01	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	
1	27. Mein Gesamturteil aufgrund all	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,03	0,01	0,01	0,04	0,00	0,00	0,01	0,01	0,00	0,04	0,02	0,01	0,09	
1	28. Ich werde dieses Krankenhaus	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,01	0,01	0,03	0,00	0,00	0,01	0,01	0,00	0,03	0,02	0,00	0,08	
9	a) Ich habe volles Vertrauen zu der				0,00	0,01	0,01	0,02	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,00	0,00	
9	b) Die Ärzte sind da, wenn ich sie b				0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	
9	c) Die Ärzte sind gesprächsbereit.	0,01			0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,00	0,00	
	d) Es wird mit mir gesprochen, nich	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,01	0,01	0,00	0,00	0,01	0,01	0,00	0,00	0,01	0,01	0,00	0,06	
	e) Ich kann meine Behandlung akti	0,01	0,01	0,00	0,00	0,01	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,01	0,00	0,08	
10	f) Ich habe volles Vertrauen zum P	0,02			0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,00	0,09	
10	g) Die Pflegekräfte sind da, wenn ic	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,00	0,04	
10	h) Das Pflegepersonal ist gespräch	0,00	0,01	0,00	0,00	0,01	0,00	0,01	0,01	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,00	0,07	
	i) Bei Bedarf bekomme ich rechtze	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,01	0,00	0,06	
	j) Das Personal nimmt sich Zeit für	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,01	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,00	0,04	
	k) Mein Schlaf wird durchs Person	0,03	0,09	0,00	0,00	0,01	0,00	0,02	0,01	0,04	0,01	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,11	
	l) Ich werde durch Zigarettenrauch	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	
I.	I. Die Qualität des Essens ist mir ...	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,02	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,07	
II.	II. Die hygienischen Verhältnisse im	0,04	0,06	0,00	0,01	0,02	0,03	0,01	0,01	0,03	0,00	0,00	0,03	0,00	0,00	0,01	0,00	0,03	0,09	
III.	III. Der Gesamtzustand der Zimme	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	
IV.	IV. Die Cafeteria / der Kiosk ist / sir	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,00	0,04	0,04	0,02	0,01	0,02	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,11	
V.	V. Die pflegerische Betreuung ist m	0,03	0,03	0,00	0,01	0,02	0,04	0,02	0,01	0,02	0,00	0,00	0,02	0,00	0,01	0,00	0,00	0,02	0,05	
VI.	VI. Die ärztliche Betreuung ist mir	0,03	0,02	0,00	0,00	0,02	0,05	0,05	0,03	0,02	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,08	
VII.	VII. Geringe Wartezeiten sind mir	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,03	
VIII.	VIII. Die erfolgreiche Schmerzlind	0,01	0,01	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,02	
IX.	IX. Eine reibungslose Aufnahme ist	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,02	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,03	
X.	X. Die Art und Weise, wie meine A	0,00	0,01	0,00	0,00	0,01	0,03	0,02	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,07	
XI.	XI. Die Funktionsbereiche (EKG, R	0,00	0,01	0,00	0,01	0,02	0,00	0,00	0,02	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,06	
XII.	XII. Die sorgfältige Vorbereitung de	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,02	0,01	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05	

Anmerkung: Die Werte in der Tabelle stellen die Effektgröße des r² der Regression des personengebundenen Einflussfaktors als unabhängige Variable auf die spezifische Frage/ Skala als abhängige Variable dar. Wenn die Effektgröße größer als 0,02 ist, dann wird der Wert orange markiert. Der Skalenwert wird über die Klassische Testtheorie gebildet.

30 Danksagung

Ich bedanke mich bei Prof. Dr. Dr. Michael Henninger, der durch seine kritischen Anmerkungen wesentlich zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen hat. Mein Dank gilt auch Dr. Georg Hauck, der als anspruchsvoller Diskussionspartner zum Gelingen beigetragen hat. Ganz besonders möchte ich mich bei meiner Frau bedanken, die mir nicht nur die notwendigen Freiräume verschaffte, sondern auch mit Rat und Tat zur Seite stand.

31 EIDESSTATTLICHE VERSICHERUNG

Belehrt, dass die Abgabe einer falschen Versicherung an Eides Statt strafbar sein kann, erkläre ich hiermit, an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Daten und Konzepte sind unter Angabe der Quelle gekennzeichnet.

Bei der Auswahl und Auswertung folgenden Materials haben mir die nachstehend aufgeführten

Personen in der jeweils beschriebenen Weise entgeltlich / unentgeltlich geholfen:

1. _____
.....

Weitere Personen waren am Verfassen der vorliegenden Arbeit nicht beteiligt.

Die Arbeit wurde bisher weder im In- noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Ich versichere an Eides Statt, dass ich nach bestem Wissen die reine Wahrheit gesagt und nichts verschwiegen habe .

Bermuthshain, den

(Ort, Datum, Unterschrift)