

Patientenzufriedenheit – Wie messen?

Teil 2: Theoretische Aspekte

E. Wüthrich-Schneider

1. Einführung

In diesem zweiten Teil der dreiteiligen Serie zum Thema «Patientenzufriedenheit» wird auf die theoretischen Aspekte der Patientenzufriedenheitsmessung eingegangen. Schon seit einigen Jahren versuchte man, die Patientenzufriedenheit zu erfassen. Oft wurden Erhebungsinstrumente mit einer zu kleinen Anzahl Fragen verwendet oder die Fragen so allgemein und für mehrere Bereiche eines Spitalaufenthaltes gestellt, dass kein Aufdecken der Verbesserungspotentiale möglich war und dies somit keiner validen Messung entsprach. Evaluationen und Verbesserungen der Patientenzufriedenheit sind nur unter Berücksichtigung methodologisch einwandfreier Voraussetzungen möglich [1–4]. Die Vielfalt der in der Schweiz angewandten Fragebogen ist gross. Bemerkenswert ist, dass nicht immer die grössten Institutionen die besten Instrumente anwenden. Auch kleinere, hausintern entwickelte Instrumente sind oft sehr gut und durchdacht. Ein Umfang von mindestens 30 Fragen ist notwendig, um eine valide Messung durchzuführen. Erfahrungsgemäss ist die Rücklaufquote bei mehr Fragen (z.B. bei 60) nicht geringer.

2. Methoden zur Messung der Patientenzufriedenheit

Zur Evaluation der Patientenzufriedenheit können zwei verschiedene Methoden angewandt werden, welche vom Ansatz her grundlegende Unterschiede aufweisen. Man unterscheidet zwischen «rating» und «reporting».

2.1 Rating

Durch die Methode des «ratings» (beurteilen, bewerten) werden dem Patienten verschiedene Abstufungen zur Beantwortung einer Frage angeboten. Sehr verbreitet sind die sogenannten «Likert scales». Dies sind Mess-Skalen, welche eine unterschiedliche Anzahl von Antwortmöglichkeiten aufweisen und differenziertes Antworten ermöglichen. Die Befragungs-

instrumente mit drei bis sechs Abstufungen sind am meisten verbreitet; selten werden Instrumente mit sieben oder gar neun Abstufungen angewandt. In einer Studie wurden die Vor- und Nachteile von vier, fünf und sieben Abstufungen für Messungen im Gesundheitswesen untersucht [5]. Es wurde festgestellt, dass die Skala mit fünf Abstufungen lückenloser ausgefüllt wurde als die Vierer- oder Siebnerskala und das Ausfüllen generell problemloser verlief. Die fünfstufige Antwortskala ist also sehr geeignet zur Messung der Patientenzufriedenheit; sie wird auch häufig angewandt. Es ist nicht sinnvoll, möglichst viele Abstufungen zu einer genaueren Erörterung der Probleme anzuwenden. Die Benennungen der Abstufungen müssen aber sorgfältig ausgewählt werden. Wenn die Abstufungen z.B. mit den Attributen: sehr gut – gut – genügend – schlecht – sehr schlecht versehen sind, führt dies zu einer zu positiven Bewertung, da selten ein Bereich schlecht oder gar sehr schlecht beurteilt wird. Bei der Verwendung folgender Attribute: 5 = ausgezeichnet, 4 = sehr gut, 3 = gut, 2 = genügend, 1 = mangelhaft, kann mit einer grösseren Validität der Antworten gerechnet werden.

Als Kritikpunkt muss bei der «rating»-Methode vermerkt werden, dass die Antworten der Befragten nicht nur auf objektiver Beurteilung, sondern auch auf emotionellen Reaktionen beruhen können [6]. Deshalb muss genau überlegt werden, welche Methode gewählt werden soll.

2.2 Reporting

Eine weitere Methode ist das «reporting» (Bericht erstatten), bei der die Fragen so gestellt sind, dass sie nur mit «ja» oder «nein» beantwortet werden können. Mit dieser Methode können Problemstellen in einem ersten Schritt relativ einfach identifiziert werden. Es ist aber bei fast allen Fragen notwendig, eine Zusatzfrage zu stellen. Bei einer Frage wie z.B. «Hatten Sie den Eindruck, dass Sie von den Krankenschwestern und Pflegern qualitativ gut gepflegt worden sind?» hat der Patient die Möglichkeit, entweder «ja» oder «nein» anzukreuzen. Zusätzlich muss aber die Frage gestellt werden: «Wenn nein, was war nicht gut?» Dies lässt dem Patienten offen, in welchem Umfang er oder sie erklären will. Oft erhält man durch solche offene Fragen (open-ended questions) sehr aufschlussreiche Informationen, weil ein vorhandenes Problem oder eine Schwachstelle meist konkret beschrieben wird. Die Auswertung dieser Antworten ist jedoch sehr aufwendig. Wenn über ein gleiches Problem mehrfach geklagt wird, können die Informationen gruppiert und quantifiziert werden. Wenn aber verschiedenste Probleme durch solche offene Fragen zur Sprache kommen, entsteht die Notwendigkeit, Einzelanalysen durchzuführen. Das kann einerseits sehr arbeitsintensiv werden und macht es andererseits schwierig, bei der Verbesserung von Problemstellen die nötigen Prioritäten zu setzen.

Beide Befragungsmethoden (rating und reporting) haben Vor- und Nachteile. Ein Vorteil der «reporting»-Befragungsmethode liegt darin, dass sie genau re-

Korrespondenz:
Dr. oec. Esther Wüthrich-Schneider, MBA/MPH
Hauptstrasse 26
CH-8307 Effretikon
E-mail esther.wuethrich@bluewin.ch

flektiert, wie der Patient die Ereignisse wahrgenommen hat, ungeachtet von Erwartungen, persönlichen Beziehungen oder allgemeinen Tendenzen zur Beantwortung der Fragen. Durch die präzise Fragestellung wird eine präzise Beantwortung möglich, wodurch Problemstellen leicht identifiziert werden können. Eine gewisse Subjektivität bleibt jedoch auch bei dieser Befragungsmethode bestehen, da z.B. nicht jeder Patient die gleichen Vorstellungen von «gut gepflegt werden» oder «gutem Essen» hat. Ein grosser Nachteil der «reporting»-Methode ist die Einschränkung zu den «ja»- oder «nein»-Antworten. Wenn einem Patienten z.B. die Frage: «War das Essen gut?» gestellt wird und es war in 60% der Fälle gut, so ist es für ihn sehr schwierig zu entscheiden, welche Antwort er ankreuzen soll. Beantwortet er die Frage mit «ja», weil das Essen öfters gut als schlecht war, sieht der Auswerter dieser Fragen bezüglich Essen kein Problem, obwohl es in 40% der Fälle nicht gut war. Wird die Frage nach dem guten Essen mit «nein» beantwortet, wird diese Problemstelle fälschlicherweise verstärkt. Es besteht also die Gefahr, dass durch das «reporting» ein falsch negatives oder falsch positives Bild entstehen kann. Aus diesen Gründen scheinen die Vorteile der «rating»-Methode zu überwiegen.

3. Kriterien zur Wahl eines Befragungsinstrumentes zur Messung der Patientenzufriedenheit

Da die Erfassung der Patientenzufriedenheit ein komplexes Vorgehen ist, muss ein Befragungsinstrument verschiedene Kriterien erfüllen.

3.1 Reliabilität

Die Reliabilität (Verlässlichkeit) muss bei einem Messinstrument in dem Ausmass vorhanden sein, dass es in einer gegebenen Situation bei wiederholten Messungen zu verschiedenen Zeitpunkten durch Einsetzen verschiedener Interviewer dieselben Resultate ergibt. Die Reliabilität wird mit dem Cronbach's-alpha-Test berechnet.

3.2 Validität

Die Validität (Gültigkeit) eines Befragungsinstrumentes ist eine grundlegend wichtige Voraussetzung für eine Messung. Sie wird folgendermassen definiert: «Ein Instrument ist valid in dem Ausmass, in welchem es misst, was es messen soll.»¹ [7] Die Validität eines Instrumentes bezieht sich auf das Verhindern systematischer, nicht zufälliger Fehler. Um ein Instrument als valid zu bezeichnen, müssen die einzelnen Fragen den ganzen zu evaluierenden Bereich in einer repräsentativen Art und Weise abdecken.

3.3 Beobachtungsbereiche² (Wahrnehmungsdimensionen)

Die Erfassung der gewünschten Beobachtungsbereiche steht im Zusammenhang mit der oben beschriebenen Validität. Bei der Wahl eines Befragungsinstrumentes muss sorgfältig überlegt werden, ob die gewünschten Wahrnehmungsdimensionen tatsäch-

lich im erforderlichen Mass abgedeckt sind. Um dies zu überprüfen, stehen folgende Hilfsfragen zur Verfügung:

- Decken die Fragen die gewünschten Beobachtungsbereiche tatsächlich ab?
- Werden die Fragen so gestellt, dass sie subjektiv empfundene Qualität erfassen?
- Zielen die Fragen nur auf Erlebnisinhalte, oder aber auf Einschätzungen? (Hypothese: Einschätzungen sind weniger aussagekräftig als konkrete Erlebnisinhalte).
- Sind die Fragen eindeutig verständlich?
- Ist eine differenzierte Beurteilung der Frage möglich?

Es ist sehr wichtig, dass der Schwerpunkt bei der Fragestellung vorwiegend auf der Evaluation der Erfüllung der Grundbedürfnisse liegt. Einige auf den Organisationsablauf bezogene Fragen sind ebenfalls sinnvoll.

3.4 Entwicklungsmethodik des Befragungsinstrumentes

Bei einem Befragungsinstrument ist es wichtig zu analysieren, wie die Beobachtungsbereiche gewählt und wie die Fragen entwickelt wurden. Die Entwicklung von Befragungsinstrumenten kann auf mindestens drei Arten geschehen: Erstens können die Beobachtungsbereiche und Fragen aufgrund der Sichtweise und Erwartungen der Patienten mittels Fokusgruppen vorgenommen werden. Eine Fokusgruppe setzt sich aus einer festgelegten Anzahl Patienten mit einem ausgewogenen Querschnitt demographischer und medizinischer Merkmale zusammen, welche in Einzelinterviews über die Wichtigkeit der verschiedenen Bereiche und Elemente eines Spitalaufenthaltes befragt wird. Die Erarbeitung eines Befragungsinstrumentes mittels Fokusgruppen ist sehr verbreitet.

Zweitens können Befragungsinstrumente von Experten entwickelt werden. Ein Experte ist eine fachkundige Person, in der gegebenen Situation ein Fragebogendesigner. Für den Experten ist es notwendig, möglichst umfangreiche Informationen über die Schwerpunktsetzung bezüglich Befragungen zu beschaffen.

Eine dritte Vorgehensweise, ein Befragungsinstrument zu entwickeln, sind Paneldiskussionen. Dabei wird das Befragungsinstrument in Zusammenarbeit mit Ärzten, Pflegepersonal, Fragebogendesigner, eventuell mit einem Soziologen und Psychologen zusammengestellt. Durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, alle entscheidenden Gebiete abzudecken.

¹ An instrument is valid to the extent that it measures what it purports to measure.

² Ein Teil dieser Informationen wurden der Autorin durch Mitarbeit bei der Arbeitsgruppe «Patientenzufriedenheit» des Projektes «LORAS» (Leistungsorientierte Ressourcenallokation im Spitalbereich) der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich zugänglich gemacht.

Die Entwicklung eines Befragungsinstrumentes kann mittels Durchführung eines Probelaufs (pre-test) differenzierter werden. Dabei werden als geeignet befundene Fragen einer begrenzten Anzahl von Patienten gestellt, um die Verständlichkeit, Validität und Reliabilität der Fragen zu überprüfen.

4. Weitere wichtige Punkte zur Patientenzufriedenheitsmessung

4.1 Allgemeines

Folgende Punkte müssen bei der Wahl eines Befragungsinstrumentes hinsichtlich der praktischen Anwendung beachtet werden:

- Patientenfreundlichkeit: Es ist notwendig, ein Befragungsinstrument auf Ergonomie (Lesbarkeit, Verständlichkeit der Fragen, Zeitaufwand zum Ausfüllen) zu überprüfen.
- Administrative Abwicklung: Der Zeitaufwand für das Personal und die Projektleitung ist abzuwägen.
- Auswertung: Der Zeitaufwand für die Auswertungen muss überprüft werden.

4.2 Schriftliche versus mündliche Befragung

Eine wichtige methodologische Frage muss bei der Projektplanung überlegt werden: Soll die Patientenzufriedenheitsbefragung mündlich oder schriftlich erfolgen? Beide Vorgehensweisen haben Vor- und Nachteile [8]. Die mündliche Befragung ergibt gegenüber der schriftlichen meistens eine höhere Rücklaufquote. Zudem ist eine genaue Wahl des Befragungszeitpunktes und ein termingerechteres und kompletteres Ausfüllen des Fragebogens möglich. Als Nachteile sind der grosse Zeitaufwand des Interviewers und die daraus resultierenden höheren Kosten zu nennen. Ein weiterer zu berücksichtigender Nachteil des persönlichen Interviews ist das mögliche Vorhandensein einer Verzerrung (Bias) der Resultate. Durch den Interviewer-Patienten-Kontakt verringert sich die Bereitschaft des Patienten, negative Antworten zu geben. In der Literatur werden Beispiele von grösserer Patientenzufriedenheit bei mündlichen Befragungen als bei schriftlichen Interviews beschrieben [8, 9]. Die Gefahr einer positiven Verzerrung bei der mündlichen Befragung kann für die Wahl einer schriftlichen Befragung ausschlaggebend sein.

Die Rücklaufquote wird nicht nur von der Art der Befragung (mündlich oder schriftlich) beeinflusst. Aspekte wie demographische Faktoren, die Methode der Datensammlung, eine eventuelle Belohnung für das Mitmachen und das Verhalten des Spitalpersonals bei der Abgabe des Fragebogens spielen auch eine wichtige Rolle.

4.3 Befragungszeitpunkt

Über den Einfluss des Befragungszeitpunktes auf die Patientenzufriedenheit wurde schon vielfach diskutiert. In der Studie von Walker wurde ein Unterschied der Patientenzufriedenheit zu verschiedenen Zeit-

punkten nach Spitalaustritt verneint [8]. In der Studie von Roberts jedoch wurde eine deutliche Verminderung der Patientenzufriedenheit festgestellt, je länger der Spitalaustritt zurücklag [10]. In einer weiteren Studie wurden in zwei vergleichbaren Spitälern unterschiedliche Resultate gefunden. In einem Spital wurde nach sechs Wochen ein signifikantes Abfallen der Zufriedenheitsgrade festgestellt, im anderen Spital blieben die Resultate unverändert [11]. Mögliche Einflussfaktoren der Veränderung könnten z.B. der Heilungsverlauf, die Äusserungen von Familie und Freunden über das gewählte Spital oder ganz allgemein der Ruf des Spitals sein. Unklar bleibt, ob ein Patient seinen Spitalaufenthalt direkt beim Austritt oder erst einige Wochen später objektiver beurteilt. Um zu vergleichbaren Daten zu gelangen, muss der Befragungszeitpunkt bei allen Patienten derselbe sein.

4.4 Auswertungen

Den vom Patienten gegebenen Antworten können prozentuale Zufriedenheitsgrade zugeordnet werden. Bei einer fünfstufigen Skala kann z.B. der Antwort «ausgezeichnet» ein Zufriedenheitsgrad von 100% zugeordnet werden, derjenigen mit «sehr gut» 75%, «gut» 50%, «genügend» 25% und «mangelhaft» 0%. Durch zusammenfassende, statistische Auswertungen der Patientenantworten können Zufriedenheitsgrade mit Standardabweichungen der einzelnen Fragen oder Bereiche errechnet werden. Die Resultate der Auswertungen ermöglichen das Lokalisieren von Schwachstellen und in einem weiteren Schritt das Anbringen von Verbesserungen. Weiter kann eine Faktorenanalyse durchgeführt werden, durch welche die wichtigsten zur Zufriedenheit beitragenden Faktoren hervorgehen. Die Faktorenanalyse ist eine statistische Technik, durch welche viele miteinander korrelierte Variablen auf wenige orthogonale Faktoren (oder Hauptkomponenten) zurückgeführt werden können. Faktoren sind mathematische Funktionen der vielen Variablen: Jedem Patienten wird zu jedem Faktor ein Wert zugewiesen. Zur Interpretation der Faktoren werden die Korrelationen der Variablen mit den Faktoren beigezogen: Diese Korrelationen nennt man (Faktor-)Ladungen. Variablen können auf Faktoren hochladen oder auch nicht. Falls eine Variable auf einem Faktor hochlädt, lässt sich die Variable zur Interpretation dieses Faktors herbeiziehen. Die Faktoren repräsentieren unterschiedlich grosse Varianzanteile in Prozenten der ursprünglichen Variablen. Der wichtigste Faktor ist derjenige, der den grössten Varianzanteil repräsentiert. Damit lassen sich unter Berücksichtigung des Varianzanteils Aussagen über die Wichtigkeit der Faktoren machen. Ein Faktor kann z.B. den Bereich Ärzte, Pflege oder Hotellerie betreffen. Für das Marketing eines Spitals ist es sehr wichtig zu wissen, welches aus Patientensicht die wichtigsten Bereiche (Faktoren) sind.

5. Zusammenfassung

Die Messung der Patientenzufriedenheit ist viel komplexer als allgemein angenommen wird. Bei der Wahl eines Befragungsinstrumentes sollen die Reliabilität, Validität, Beobachtungsbereiche und Entwicklungsmethodik überprüft werden. Nur wenn diese Anforderungen erfüllt sind, ist die Voraussetzung für eine methodisch einwandfreie Erhebung gegeben.

Literatur

- 1 Cleary P. The increasing importance of patient surveys. *Br Med J* 1999;319:720-1.
- 2 Ehnfors M, Smedby B. Patient satisfaction surveys subsequent to hospital care: Problem of sampling, non-response and other losses. *Qual Assur Health Care* 1993;5(1):19-32.
- 3 Hall JA, Irish JT, Roter DL, Ehrlich CM, Miller LH. Satisfaction, gender, and communication in medical visits. *Med Care* 1994;32(12):1216-31.
- 4 Epstein KR, Laine C, Farber NJ, Nelson EC, Davidoff F. Patients' perceptions of office medical practice: judging quality through the patients' eyes. *Am J Med Qual* 1996;11(2):73-80.
- 5 Nagata C, Ido M, Shimizu H, Misao A, Matsuura H. Choice of response scale for health measurement: Comparison of 4, 5 and 7-point scales and visual analog scale. *J Epidemiol* 1996;6(4):192-7.
- 6 Cleary P, Edgman-Levitan S, Walker J, Gerteis M, Delbanco T. Using patient reports to improve medical care: A preliminary report from 10 hospitals. *Qual Manag Health Care* 1993; 2(1):31-8.
- 7 Wilkon D, Hallam L, Doggett MA. Measures of need and outcome for primary health care. Oxford: University Press; 1994.
- 8 Walker A, Restuccia J. Obtaining information on patient satisfaction with hospital care: mail versus telephone. *Health Serv Res* 1984;19(3):291-306.
- 9 Ware J. Effects of acquiescent response set on patient satisfaction ratings. *Med Care* 1978;6:327.
- 10 Roberts J, Tugwell P. Comparison of questionnaires determining patient satisfaction with medical care. *Health Serv Res* 1987;22(5):637-54.
- 11 Wüthrich-Schneider E. Qualitätsmanagement in Spitälern: Ein Modell zur Evaluation der Patientenzufriedenheit. Frankfurt: pmi-Verlag; 1999.