

Patientenzufriedenheit in der Gastroenterologie

Ergebnisse einer Befragung von Patienten mit aufwendigen endoskopischen Untersuchungen

Inauguraldissertation
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
des Fachbereichs Medizin
der Justus-Liebig-Universität Gießen

vorgelegt von Daniel Troels Wacarda

aus Frankfurt am Main

Gießen 2011

Aus der Medizinischen Klinik und Poliklinik II, Schwerpunkt Gastroenterologie
Zentrum für Innere Medizin

Leitung: Univ.-Prof. Dr. med. Elke Roeb
des Universitätsklinikums Gießen und Marburg GmbH,
Standort Gießen

Gutachter: Prof. Dr. med. E. Roeb

Gutachter: PD Dr. biol. hom. H. B. Jurkat

Tag der Disputation: 19.04.2012

**Meiner Familie
in Liebe und Dankbarkeit
gewidmet**

INHALTSVERZEICHNIS

1	EINLEITUNG	1
1.1	Qualität.....	2
1.1.1	Begriffsdefinition.....	2
1.1.2	Qualitätssicherung	4
1.1.3	Qualitätsmanagement	5
1.1.4	Vorteile und Nutzen von Qualitätsmanagement in der Endoskopie	6
1.2	Patientenzufriedenheit und Patientenbefragung	7
1.2.1	Patientenzufriedenheit – Begriffsdefinition.....	7
1.2.2	Patientenbefragung als Instrument des Qualitätsmanagements	7
1.2.3	Methodische Grundfragen der Patientenbefragung.....	8
1.3	Geschichte der Endoskopie	10
1.4	Ablauf von aufwendigen diagnostischen Endoskopien	11
1.4.1	Koloskopie.....	11
1.4.1.1	Voraussetzungen	11
1.4.1.2	Vorbereitung der Patienten	11
1.4.1.3	Prämedikation	12
1.4.1.4	Durchführung einer diagnostischen Koloskopie	12
1.4.1.5	Technik	13
1.4.2	Endoskopisch retrograde Cholangio-Pankreatografie (ERCP).....	13
1.4.2.1	Voraussetzungen	13
1.4.2.2	Vorbereitung der Patienten	14
1.4.2.3	Prämedikation	14
1.4.2.4	Durchführung einer endoskopisch retrograden Cholangio-Pankreatografie.....	14
1.4.2.5	Technik	15
1.5	Zielsetzung der Arbeit	15
2	MATERIAL UND METHODEN	17
2.1	Erhebungsinstrumente der Patientenbefragung	17
2.1.1	Entwicklung und Struktur des Patientenfragebogens	17
2.1.2	Inhalt des Patientenfragebogens	17
2.2	Erhebungsverfahren der Patientenbefragung	19
2.2.1	Anonymität der Patientenbefragung	19
2.2.2	Einführung der Befragung in den klinischen Alltag	19
2.2.3	Durchführung der Befragung.....	20
2.2.4	Fragebogenrücklauf	21
2.3	Datenerfassung und statistische Auswertung	21

2.3.1	Erfassung der Patientendaten	21
2.3.2	Statistische Auswertung der Patientendaten	22
3	ERGEBNISSE.....	25
3.1	Ergebnisse des Fragebogens zur Patientenzufriedenheit.....	25
3.1.1	Gesamtzufriedenheit der Patienten	25
3.1.1.1	Häufigkeitsverteilungen der Fragen zur Gesamtzufriedenheit	26
3.1.2	Zusammenhang zwischen Alter, Empfinden der Spiegelung und Wartezeit der Patienten mit ihrer Gesamtzufriedenheit	35
3.2	Ergebnisse der Zusammenhangsberechnung von einzelnen Merkmalen	38
3.2.1	Zusammenhang zwischen den Altersgruppen und den Ängsten vor einer Spiegelung ...	38
3.2.2	Zusammenhang zwischen dem subjektivem Empfinden der Spiegelung bei bereits erfolgter endoskopischer Untersuchung	41
3.2.3	Zusammenhang zwischen der Wartezeit und der Zufriedenheit mit dem Endoskopie-Personal sowie der Räumlichkeit der Abteilung?.....	44
3.3	Vergleich der Ergebnisse der Gesamtzufriedenheit zwischen Patienten mit einer aufwendigen endoskopischen Untersuchung und gastroskopierten Patienten	47
3.4	Ergebnisse der freien Antworten	53
4	DISKUSSION	58
4.1	Methodische Aspekte.....	58
4.2	Diskussion der Ergebnisse zur Gesamtzufriedenheit.....	60
4.3	Diskussion der Ergebnisse zu den Zusammenhangsberechnungen	63
4.4	Vergleich der Ergebnisse zu gastroskopierten Patienten.....	65
4.5	Schlussfolgerungen	67
5	ZUSAMMENFASSUNG/ SUMMARY.....	69
6	LITERATURVERZEICHNIS	74
ANHANG	90	
I	Tabellenverzeichnis	90
II	Abbildungsverzeichnis	92
III	Fragebogen.....	93
IV	Gesamtstatistik des Fragebogens	97
V	Danksagung.....	106
VI	Erklärung.....	107

1 Einleitung

Die Rahmenbedingungen der deutschen Krankenhäuser wurden in den letzten Jahren erheblich modifiziert. Bedingt durch steigende Gesundheitskosten bei gleichzeitig knapper werdenden Ressourcen folgte die Forderung nach reproduzierbarer, bestmöglicher Qualität der Patientenbehandlung [Haeske-Seeberg 2001].

Am 9. Mai 1998 wurde das Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch, durch den Zusatz des neunten Gesetzes zur Sicherung der Qualität der Leistungserbringung geändert und somit erstmals ein gesetzlicher Hintergrund in Form der gesetzlichen Vorschriften zur Qualitätssicherung gegeben (§§ 135 – 137 SGB V). Durch diese Gesetzesänderung wurden die Krankenhäuser zudem verpflichtet ein internes Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln.

Nach einer Vorgabe der Gesundheitsministerkonferenz aus dem Jahre 1999 ist das geforderte Qualitätsmanagement regelmäßig mit Patientenbefragungen zu verbinden, um mögliche Veränderungen zu erkennen und um initiierte Qualitätssicherungsmaßnahmen überprüfen zu können, die wiederum eine wesentliche Voraussetzung für Zertifizierungsverfahren darstellen.

Die Einführung des pauschalisierten Entgeltsystems in Deutschland ab 2003 zwingt zudem alle Krankenhäuser zu einem zielorientierten, modernen Krankenhausmanagement, um den Anforderungen unter sich kontinuierlich ändernden wirtschaftlichen Rahmenbedingungen gerecht zu werden [Rau 1998; Stehlau-Schwoll 2002].

Lange Zeit galt in Deutschland die Ermittlung der Zufriedenheit aus Sicht der Patienten als irrelevant [Schröder, Riedel, Schmutzer, Brähler, Schwarz 2004]. Der Ansatz, Patienten nach ihrer Meinung zu fragen, entstand allerdings bereits in den 60er Jahren unter der Annahme, dass Behandlungsakzeptanz von Seiten des Patienten der Behandlung zuträglich ist. Im Laufe der Jahrzehnte veränderte sich die Rolle des Patienten erheblich. Den Patienten wurden in den 70er und 80er Jahren die Mitarbeit am Heilungsprozess, Selbstbestimmung und vermehrt Rechte zugesprochen. Seit den 90er Jahren wird der Patient als ein mündiger Konsument

und Kunde auf dem Gesundheitsmarkt angesehen [Trojan 1998]. Es finden zunehmend individuelle Wünsche und Erwartungen des Patienten während einer Behandlung Berücksichtigung. Die veränderten Ansprüche des Patienten an den Krankenhausaufenthalt bei gleichzeitiger Verschärfung des medizinischen Wettbewerbs führen dazu, dass sich Kliniken wie Anbieter wirtschaftlicher Produkte verhalten müssen. Der Patient wird zunehmend als teilnehmender Beobachter mit Expertenstatus betrachtet, dessen Urteil die Versorgungsqualität im Quer- und Längsschnitt widerspiegelt [KTQ-Leitfaden zur Patientenbefragung 2000]. Patienten- und somit Kundenbefragungen, wie sie in anderen Branchen bereits üblich sind, rücken zunehmend in den Interessenbereich der Krankenhäuser [Baberg et al. 2001; Beimert 2006; Helbig, Kahla-Witzsch, Helbig, Knecht, Gstöttner 2006; Schmidt, Möller, Hessler, Bauer, Gabbert, Kremer 2005; Schmidt, Möller, Reibe, Güntert, Kremer 2003].

Die Ermittlung der Patientenzufriedenheit erlaubt zwar häufig keinen Rückschluss auf die medizinische Versorgungsqualität im engeren Sinne, beleuchtet aber das Umfeld der Versorgung und erlaubt eine Bewertung des Eindrucks, den der Patient vom Krankenhaus gewonnen hat [Hensen, Wollert, Juhra, Luger, Roeder 2006]. Die ermittelten Zufriedenheitsergebnisse können dann zur systematischen Schwachstellenanalyse und Verbesserung der Strukturen und Prozesse in einer Klinik genutzt werden. Durch die Behebung der Schwachstellen in der Patientenversorgung wird deren Qualität erhöht. Die durchgeführte Patientenbefragung dient somit als Instrument zur Förderung des internen Qualitätsmanagements.

1.1 QUALITÄT

1.1.1 BEGRIFFSDEFINITION

Für den Qualitätsbegriff in der Gesundheitsversorgung existiert eine Vielzahl von Definitionsversuchen, wobei jedoch eine eindeutige, allgemein gebräuchliche und umfassende Definition des Begriffs Qualität bisher nicht besteht [Frank 2005].

Die DIN ISO 8402 definierte 1994 die Qualität folgendermaßen: „Qualität bedeutet die Gesamtheit von Merkmalen (und Merkmalswerten) einer Einheit bezüglich ihrer

Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen“ [International Organization for Standardization]. Ähnlich wird der Begriff Qualität von der Deutschen Gesellschaft für Qualität (DGQ) als die „realisierte Beschaffenheit einer Einheit bezügliche Qualitätsforderungen“ formuliert [Deutsche Gesellschaft für Qualität 1995].

Übertragen auf medizinische Leistungen definiert die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Qualität als ein „medizinisch gutes Ergebnis, ein hohes Maß an Professionalität, einen effizienten Ressourceneinsatz, minimierte Restrisiken und eine hohe Zufriedenheit der Patienten“ [Viethen 1998].

Die inhaltliche Gestaltung des Qualitätsbegriffs im Gesundheitswesen wurde im Wesentlichen durch Avedis Donabedian, Arzt und Professor für Public Health und Soziologie an der Universität in Michigan, USA, geprägt. Donabedian versuchte der Vielschichtigkeit des Gesundheitssystem Rechnung zu tragen und unterteilte einzelne Bereiche anhand ihrer Hauptcharakteristika in drei Komponenten: Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität [Donabedian 1966; Donabedian 1980; Blum 1998].

Die Strukturqualität umfasst neben den personellen Voraussetzungen (Zahl und Qualifikation) auch die räumliche Voraussetzung, die medizinisch-technische Ausstattungen und die finanziellen Rahmenbedingungen. Die Qualität der Leistungserbringung ist an die Qualifikation der Ärzte gebunden. Durch personelle Engpässe kann es zu Beeinträchtigungen der Qualität von stationären Leistungen kommen. Veraltete oder mangelhafte technische Ausstattung kann zu diagnostischen und therapeutischen Defiziten oder zu Unterversorgung führen. Es besteht demnach eine positive Korrelation zwischen Qualität der eingesetzten Mittel und der medizinischen Versorgung.

Sämtliche ärztliche und pflegerische Aktivitäten der diagnostischen und therapeutischen Versorgung beschreiben die Prozessqualität. Eine hohe Prozessqualität ist zu erreichen, wenn jeder Mitarbeiter bei seinen diagnostischen und therapeutischen Tätigkeiten an den zur jeweiligen Zeit gültigen und anerkannten wissenschaftlichen Leitlinien orientiert handelt. Die heute angewandten Verfahren zur Qualitätssicherung sind mehrheitlich der Prozessqualität zuzuordnen.

Die Ergebnisqualität wird in hohem Maße durch die Prozessqualität bestimmt. Die Ergebnisqualität bezieht sich auf die Qualität der Zielerreichung, d.h. auf die Behandlungsergebnisse und richtet sich sowohl auf die technische Versorgungsqualität als auch auf das Ergebnis der medizinischen Behandlung. Sie

ist die aussagefähigste Form der Qualitätsmessung, wenn gleich die Qualitätssicherung sich schwierig gestaltet, da das Ergebnis einer Behandlung meist nicht mit dem Ende des Krankenhausaufenthalts, sondern erst mittel- oder langfristig beurteilt werden kann.

Die Einteilung in Strukturen, Prozesse und Ergebnisse liefert jedoch keine Attribute der Qualität per se, sondern weist lediglich den komplexen Interaktionen des Gesundheitswesens einzelne Aufgabenbereiche zu. Die Fähigkeit, das Miteinander der einzelnen Bestandteile – d.h. Ursachen und Wirkungen – strukturiert zu erfassen, ist wesentlicher als eine klare Trennung der Komponenten voneinander [Graf und Janssens 2008].

1.1.2 QUALITÄTSSICHERUNG

Im Rahmen der Neuregelung der Sozialgesetzgebung (Gesundheitsreformgesetz) wurde zum 1. Januar 1989 die Qualitätssicherung gesetzlich verankert (SGB V, §§ 135 - 139). In dieser Gesetzesänderung soll mit Hilfe der Qualitätssicherung die Qualität der medizinischen Versorgung der Bevölkerung trotz gesundheitsökonomischer Einschränkungen und Verknappungen der Ressourcen einen gleich bleibend hohen Standard behalten.

Liegen die qualitätssichernden Maßnahmen in der Verantwortung eines einzelnen Krankenhauses und werden von diesem eigenständig durchgeführt, bezeichnet man dies als interne Qualitätssicherung. Diese interne Qualitätssicherung sollte eine ständige Überprüfung der inneren Vorgänge in diesem Krankenhaus sein. Dazu gehören auch alle Maßnahmen, die dafür sorgen, dass Qualität so gut bleibt, wie sie ist. Wenn ein Qualitätsprozess im Krankenhaus wiederholt durchlaufen wird, sollte er zu einer kontinuierlichen Qualitätsverbesserung der medizinischen Arbeit führen [Selbmann 1995].

Werden mehrere Krankenhäuser untereinander in quantitativer und qualitativer Beziehung verglichen, spricht man von externer Qualitätssicherung [Beske 1992]. Erfolgt ein Vergleich von Ergebnissen und Prozessen mit anderen Krankenhäusern wird vorausgesetzt, dass die Ergebnisse mit identischen Instrumenten gewonnen wurden [Jaster 1997].

Für die Patienten bedeuten diese qualitätssichernden Maßnahmen eine optimale Versorgung auf Grundlagen des aktuellen, wissenschaftlich begründeten

Fachwissens [Vogel, Schön Müller, Faller 1998]. Erfolgt die Rückkoppelung zwischen Leistungserbringern und Patienten durch die Integration von Patientenbefragungen im Rahmen der internen Qualitätssicherung wird dies als patientenzentrierte Qualitätssicherung bezeichnet [Straub 1997].

1.1.3 QUALITÄTSMANAGEMENT

In der DIN EN ISO 9000:2000 wird Qualitätsmanagement definiert als „aufeinander abgestimmte Tätigkeiten zur Leitung und Lenkung einer Organisation bezüglich Qualität“ [Kamiske und Brauer 2003]. Die Entscheidung bezüglich der Einführung und Fortentwicklung eines Qualitätsmanagementsystems sind den strategischen Führungsaufgaben zuzurechnen, die von der ärztlichen, pflegerischen und administrativen Leitungsebene eines Krankenhauses oder einer Abteilung wahrgenommen werden [Kahla-Witzsch 2005]. Durch die Festlegung verschiedener Ziele und eines Leitbildes soll versucht werden, die Planung und Durchführung von Projekten zu initiieren, welche evaluiert werden, um Qualitätsentwicklungen zu erreichen. Dies ist als kontinuierlicher Prozess zu verstehen, der die aktive Mitarbeit der Führung erfordert und die Mitarbeiter aller Ebenen einbezieht [Satzinger und Raspe 2001]. Die Entwicklung des in der Abgrenzung zur Qualitätssicherung vergleichsweise dynamischen Qualitätsbegriffes ist die Annahme, dass Qualitätssicherung allein vorwiegend organisatorische Maßnahmen sicherstellt und Quantitäten dokumentiert und somit eine Qualitätskultur hervorbringt, die eher statisch kontrolliert, von oben verordnet und von stetiger Optimierung einer Vielzahl von Standards und Verfahren geprägt ist, wobei Kunden- und Beschäftigungsperspektiven zu kurz kommen [Görres 1999].

Um die festgelegten Ziele zu erreichen, folgt das Qualitätsmanagement (v.a. die höchste Entwicklungsstufe des Qualitätsmanagements, das Total Quality Management) folgenden Grundprinzipien:

1. Kundenorientierung: Ausrichtung auf die Zufriedenstellung der internen (Mitarbeiter eines anderen Bereichs innerhalb eines Krankenhauses) und externen Kunden (Patienten).
2. Mitarbeiterorientierung: es sollte jeder Mitarbeiter in die Planung und den Prozess der Qualitätserbringung miteinbezogen werden.

3. Streben nach höchster Qualität (Total Quality Management) und stetiger Qualitätsverbesserung.

Es lassen sich weiterhin im Qualitätsmanagement interne und externe Ansätze unterscheiden. Interne Ansätze setzen sich z.B. mit der Überprüfung der eigenen Leistung, Verbesserung von Arbeitsprozessen und der Suche nach Schwachstellen auseinander. Hierzu dienen beispielsweise die Befragung von Patienten und Mitarbeitern und die Arbeit in Qualitätszirkeln.

Die externen Maßnahmen umfassen vor allem die Transparenz, Vergleichbarkeit und Prüfung der medizinischen Versorgung. Über diese externen Verfahren sollen das Leistungsniveau der einzelnen medizinischen Einrichtungen abgebildet und Vergleichsmaßstäbe erstellt werden [Weiler, Kämmerer, Bach 2002].

1.1.4 VORTEILE UND NUTZEN VON QUALITÄTSMANAGEMENT IN DER ENDOSKOPIE

Der wesentliche Vorteil eines Qualitätsmanagementsystems in der Endoskopie liegt in der Konstanz einer hohen Qualität, selbst bei sich ändernden äußeren Bedingungen (Mitarbeiterwechsel, Vertretungsfall, veränderte räumliche Bedingungen). Die anfänglichen Gründe für die Einführung eines Qualitätsmanagementsystems (Beachtung von Gesetzen und Vorschriften) tritt im Laufe der Implementierung in den Hintergrund. Die Bedeutung einer hohen Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit, möglichst gleichbleibende Gewährleistung einer hohen medizinischen Kompetenz und rationelle transparente Betriebsabläufe mit wenig Leerzeiten und personellen Engpässen werden die Hauptqualitätsziele. Durch die Einführung eines Qualitätsmanagementsystems werden zudem die Mitarbeitermotivation und das Qualitätsbewusstsein aller Beteiligten erhöht [Schmeck-Lindenau 2003].

1.2 PATIENTENZUFRIEDENHEIT UND PATIENTENBEFRAGUNG

1.2.1 PATIENTENZUFRIEDENHEIT – BEGRIFFSDEFINITION

Der Begriff der Patientenzufriedenheit wird in der Literatur unterschiedlich definiert. Nach Panchaud et al. wird die Patientenzufriedenheit folgendermaßen definiert: „Des Patienten eigene Beurteilung (subjektiv und objektiv) aller Aspekte einer medizinischen Versorgung beinhaltet auch die zwischenmenschlichen Gesichtspunkte einer Behandlung und deren organisatorischer Ablauf“ [Panchaud, Guillain, Cranowsky, Eicher 1999].

Von Wüthrich-Schneider wird die Patientenzufriedenheit definiert als „Reaktion der medizinisch Behandelten zu hervorstechenden Aspekten der Dienstleistung“. Patientenunzufriedenheit kann ihrer Meinung nach entweder durch ein Ereignis, das nicht hätte vorkommen sollen, oder durch eine wünschbare Situation, die nicht eingetreten ist, entstehen [Wüthrich-Schneider 1998].

Blum et al. bezeichnen die Patientenzufriedenheit als Ziel, als Selbstzweck jeglicher medizinischen Behandlung, als Maß für Selbstbewertung eines Krankenhauses, als Mittel für Wettbewerbsfähigkeit und als Mittel zur Steigerung von Compliance für bessere Behandlungsergebnisse [Blum, Buck, Satzinger 2001].

1.2.2 PATIENTENBEFRAGUNG ALS INSTRUMENT DES QUALITÄTSMANAGEMENTS

Mittlerweile gilt die Analyse von Patientenbefragungen und somit der Patientenzufriedenheit als integraler Bestandteil des Qualitätsmanagements im Krankenhaus [Frank 2005; Elste 2004; Eickstädt und Mager 2001].

Durch Patientenbefragungen wird ein Informationsgewinn, die Ermittlung eigener Schwächen und Stärken, Erfolgskontrollen nach Änderung und die Möglichkeit des Vergleiches von unterschiedlichen Abteilungen und Krankenhäusern ermöglicht [Vuori 1987].

Auch aus ökonomischer Sicht ist die Patientenzufriedenheit ein wichtiger Bestandteil des Qualitätsmanagements. Das Wiederwahl- und das Weiterempfehlungsverhalten der Patienten sind entscheidend für die Auslastung eines Krankenhauses oder auch einer Arztpraxis [Leicher 2005].

Eine hohe Patientenzufriedenheit bedeutet zudem, ein erleichtertes Einverständnis in die dem Patienten vorgeschlagenen Behandlungsmaßnahmen [Wüthrich-Schneider 2000]. Zufriedene Patienten vertrauen ihren behandelten Ärzten und den Pflegekräften, womit die vorgeschlagene und empfohlene Therapie den Heilerfolg unterstützt. Dadurch wird auch in nicht unbeträchtlichem Maße die Compliance des Patienten erhöht [Vitt, Erben, Kupsch, Rüther 2005; Eickstädt und Mager 2001]. Insgesamt tritt dann eine hohe Patientenzufriedenheit ein, wenn die Erwartung des Patienten erfüllt bzw. übererfüllt werden [Leicher 2005].

Patientenbefragungen im Rahmen des Qualitätsmanagements bedürfen klarer Definition von Ziel und Zweck einer Befragung. Sie bedürfen zudem einer aktiven Krankenhausleitung und einer Einbeziehung der Mitarbeiter. Um eine Patientenbefragung durchzuführen und das erkannte Verbesserungspotential umsetzen zu können, bedarf es neben der Bereitschaft zur Transparenz, der Bereitstellung von finanziellen Mitteln.

Zudem ist eine Motivationsförderung bei den beteiligten Mitarbeitern vorzunehmen, da die Ergebnisse dazu führen sollen, dass man seine eigene Arbeit überdenkt und ggf. aufgezeigte Verbesserungspotentiale umsetzt. Für ein umfassendes Qualitätsmanagement können mitunter verschiedene Arbeitsgruppen die Ziele überprüfen und weiterentwickeln.

1.2.3 METHODISCHE GRUNDFRAGEN DER PATIENTENBEFRAGUNG

Methodische Grundfragen von Patientenbefragungen sind zum Beispiel die Bestimmung der Studienpopulation und die Entscheidung für ein Stichprobenkonzept. Festgelegt werden mitunter Befragungsart, Zeitpunkt der Befragung und Befragungshäufigkeit. Je nach Zielstellung der Befragung werden verschiedene Befragungsthemen entwickelt. Es werden neben der Durchführungsorganisation auch Auswertung, Ergebnismitteilung und Ergebnisverwendung geplant [Satzinger und Raspe 2001].

Mit der Befragung der Patienten vor, während und nach dem Krankenhausaufenthalt liegen verschiedene mögliche Befragungszeitpunkte vor. Wichtig ist allerdings, dass der Befragungszeitpunkt bei allen befragten Patienten derselbe ist [Wüthrich-

Schneider 2000]. Für die vorliegende Arbeit wurde ein Befragungszeitpunkt während des Krankenhausaufenthalts gewählt, um neben der Erhebung von Beobachtungen und Erlebnissen auch die Beurteilung von Prozessen und Ergebnissen zu erfragen. Außerdem wird durch die Möglichkeit der persönlichen Ansprache eine höhere Bereitschaft zur Teilnahme an dem Fragebogen erzielt. Die Gewährleistung von Anonymität bei der Befragung gestaltet sich stationär schwieriger, ist aber durch entsprechende Vorbereitung (z.B. Anbringung eines Patientenbriefkastens, in den die ausgefüllten Fragebögen anonym zurückgegeben werden können) möglich.

Grundsätzlich stehen mit dem persönlichen Interview, der telefonischen und der schriftlichen Befragung drei verschiedenen Arten der Befragung zur Verfügung.

Vorteile von einem persönlichen Interview und einer telefonischen Befragung bestehen darin, dass es Gelegenheit zum Nachfragen, Erläutern von Fragen und Begründungen von Antworten bietet und durch den größeren Aufforderungscharakter höhere Teilnehmerzahlen erzielt werden können. Es ermöglicht zudem einen umfassenderen Informationsgewinn. Nachteile dieser Befragungsformen sind die schwierige Gewährleistung der Anonymität, die Bestellung qualifizierter Interviewer, ein größerer zeitlicher Aufwand, eine geringe Akzeptanz von telefonischen Befragungen in der Bevölkerung [Satzinger 1998] und die Veränderung der Antworten in Richtung sozial erwünschter Tendenzen, so dass die Objektivität eingeschränkt ist [Walker und Restuccia 1984; Ware 1978]. Unter diesen sozial erwünschten Tendenzen versteht man, dass eine Frage nicht mit der persönlich zutreffenden Antwort beantwortet wird, sondern nach sozialen Normen, die nach Auffassung der Versuchsperson besonders erwünscht sind. Hierunter fällt beispielsweise dem behandelten Arzt eine Freude machen zu wollen oder auch die Angst vor Repressalien durch eine schlechte Bewertung. Offene Fragen können diese Störgröße minimieren [Satzinger 2002; Jonitz, Quast, Dannenmaier, Lüthy 2001].

Die häufigste Befragungsmethode ist die schriftliche Befragung. Sie eignet sich am Besten für eine krankenhaushausweite Patientenbefragung. Zudem wird bei korrekter Durchführung die Anonymität sichergestellt und der Einfluss durch Befragende verhindert. Die Patienten haben zudem die Möglichkeit, den Beantwortungszeitpunkt selbst zu wählen [Dierks-Wetschky 1998].

1.3 GESCHICHTE DER ENDOSKOPIE

Die Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten der modernen Endoskopie haben eine schnelllebige Weiterentwicklung erfahren und haben heutzutage nur noch wenig mit deren Ursprüngen zu tun. Aufgrund der mangelnden Lichtquellen und fehlenden Biegsamkeit des Endoskopiegeräts waren die ersten mittelalterlichen endoskopischen Untersuchungen noch wenig effektiv. Einer Reihe von Wissenschaftlern ist es jedoch zu verdanken, dass die Methode der Endoskopie als eine routinemäßige und sichere Untersuchungsart gilt. Sie ist nicht nur in der Inneren Medizin und ihren Teilgebieten, sondern auch in den Disziplinen der Chirurgie, Gynäkologie, Pädiatrie und Urologie integraler Bestandteil geworden [Riemann 1990].

Der Frankfurter Arzt Philipp Bozzini benutzte erstmals 1795 mit Hilfe starrer Instrumente zum Besichtigen von Körperhöhlen eine Kerze als Belichtungsapparat [Seifert 1970]. Segales und Desormeux waren es die 1826 und 1853 vor allem die technische Weiterentwicklung der Lichtquelle vorantrieben. 1868 gelang es Kusmaul, an einem Schwertschlucker die erste Gastroskopie zu demonstrieren [Kluge 1987]. Das erste halbstarre bzw. halbflexible Instrument wurde 1932 von Schindler zur Darmdiagnostik hergestellt. Mit der Entwicklung und Einführung des ersten vollflexiblen Fiberendoskops 1958 durch Hirschowitz wurde die endoskopische Diagnostik und Therapie revolutioniert [Classen, Tytgat, Lightdale 2004].

Die Geburtsstunde der ERCP wurde 1968 von McCune et al. durch die erste Duodenoskopie mit Kanülierung der Papilla Vateri beschrieben [McCune, Shorb, Moscovitz 1968]. Die Japaner Oli, Takemoto und Kondo verfeinerten die Methode und 1972 wurde sie durch Demling schließlich auch in Deutschland eingeführt [Classen und Demling 1974].

Seit 1983 steht durch das so genannte elektronische Endoskopiesystem mit Chip-Technik und Videofernsehkette eine weitere diagnostische und therapeutische Möglichkeit zur Verfügung, die alle Areale des Verdauungstraktes weitgehend zugänglich macht [Faust, Ott, Irion 1990].

Durch die japanischen Wissenschaftler um Yamamoto gelang es 2001 mit Hilfe der Doppelballon- oder auch „Pull and Push“-Endoskopie die Lücke zwischen dem

oberen und unteren Verdauungstrakts zu schließen. Seitdem besteht ein suffizientes diagnostisches und therapeutisches Management von Dünndarmerkrankungen wie zum Beispiel die Dilatation von Dünndarmstenosen bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen [Yamamoto et al. 2001] oder die suffiziente Blutstillung aus Erosionen des Jejunums [Heine, Hadithi, Groenen, Kuipers, Jacobs, Mulder 2006].

1.4 ABLAUF VON AUFWENDIGEN DIAGNOSTISCHEN ENDOSKOPIEN

1.4.1 KOLOSKOPIE

1.4.1.1 Voraussetzungen

Bei der überwiegenden Zahl der Patienten ergab sich die Indikationsstellung zur Koloskopie aus der Symptomatik der Patienten (makroskopischer Blutnachweis, positiver Hämoccult, abdominelle Beschwerden) oder der Anamnese (Kontrolle nach Polypektomie, Tumornachsorge).

Die Patienten gaben nach einem Aufklärungsgespräch ihr schriftliches Einverständnis zu der Untersuchung. Es wurde ein standardisierter Aufklärungsbogen verwendet (Thieme ProCompliance Verlag GmbH). In dem anschließenden Aufklärungsgespräch gingen die Ärzte im Besonderen auf die möglichen Komplikationen wie zum Beispiel Schmerzen, Infektionen, Perforation und Nachblutung sowie deren Behandlung ein. Zudem wurden die Komplikationen der Sedierung und die nachfolgenden Interventionen besprochen.

Eine vor der Endoskopie erforderliche Blutentnahme umfasste in der Regel ein kleines Blutbild und den Gerinnungsstatus.

1.4.1.2 Vorbereitung der Patienten

Die Vorbereitung für eine Koloskopie muss in einer standardisierten Verfahrensweise festgelegt sein. Die komplette Darmreinigung ist eine Grundbedingung für die endoskopische Untersuchung. Die Patienten nahmen am Vortag der Koloskopie gegen 11:00 Uhr ein pflanzliches Abführpräparat ein (7 Ramend[®]-Abführtabletten).

Als Koloskopievorbereitungslösung zur orthograden Darmspülung wurde Klean-Prep[®] der Firma Norgine verwendet, wovon die Patienten 2-3 Liter am Tag vor der Untersuchung und 1-2 Liter am Morgen der Untersuchung trinken sollten. Bestand bei einem Patienten eine unvollständige Darmreinigung, wurde die Spiegelung abhängig von der Dringlichkeit und der Indikation verschoben.

Bei erkennbaren Risiken (beispielsweise Herzklappenvitien) wurde nach den aktuellen Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK) eine Infektionsprophylaxe durchgeführt [Sauter, Grabein, Sauerbruch].

1.4.1.3 Prämedikation

Selbstverständlich kann eine Koloskopie ohne Sedierung durchgeführt werden [Ladas 2000]. Der Einsatz von Sedativa wurde mit dem Patienten vor der Untersuchung besprochen. Wollte ein Patient auf eine Sedierung verzichten, wurde angeboten, bei Missempfindungen oder Schmerzen die Sedierung während der Untersuchung vorzunehmen. Zum Einsatz gelangten in der Regel Midazolam (Dormicum[®]) und Disoprivan (Propofol[®]), die nach der Wirkungsgrad fraktioniert dosiert und über einen obligat angelegten venösen Zugang appliziert wurden.

Die Patienten wurden periinterventionell mittels Pulsoxymetrie (und EKG bei Disoprivangabe) überwacht. Zudem war eine nasale Applikation von Sauerstoff bei jeder Sedierung obligat.

1.4.1.4 Durchführung einer diagnostischen Koloskopie

Die Patienten lagen zu Untersuchungsbeginn auf dem Rücken. Nach Beginn der Sedierung bzw. der Kurznarkose, wurden die Patienten mit leicht angewinkelten Beinen in eine stabile linksseitige Lage gedreht. Während der Spiegelung stand endoskopisch geschultes, medizinisch-technisches Personal als Assistenz zur Verfügung. Das Endoskop wurde unter Sicht mit Begradigungs- oder Umlagerungsmanövern vorgeschoben. Es wurde immer angestrebt den Zökopol darzustellen und in Abhängigkeit der Indikation das terminale Ileum zu intubieren.

1.4.1.5 Technik

Sämtliche Koloskopien wurden mit flexiblen Video-Endoskopen der Serie CF-Q180AL und CF-H180AL (Firma Olympus Optical Co., Hamburg Deutschland) in Kombination mit dem Prozessor CV-180 (Firma Olympus) durchgeführt. Als Lichtquelle diente das Gerät CLV-180 (Firma Olympus). Bei Polypen erfolgte die Polypenabtragung mittels Biopsiezange und Polypektomie-Schlinge (Boston Scientific "Radial Jaw 3 und 4", HF-Gerät: Erbe VIO-APC und Olympus "Snare Master").

1.4.2 ENDOSKOPISCH RETROGRADE CHOLANGIO-PANKREATOGRAFIE (ERCP)

1.4.2.1 Voraussetzungen

Die endoskopische retrograde Cholangio-Pankreatografie hat sich als ein hochsensitives Verfahren in der Diagnostik biliopankreatischer Erkrankungen durchgesetzt [Herz und Riemann 1985]. Die Indikationsstellung für die Durchführung einer ERCP ergab sich aus der Symptomatik und der Anamnese der Patienten (z. B. Ikterus, Choledocholithiasis, chronische Pankreatitis).

Die Patienten gaben nach einem Aufklärungsgespräch ihr schriftliches Einverständnis zu der Untersuchung. Hierzu wurde ein standardisierter spezifischer Aufklärungsbogen verwendet (Thieme ProCompliance Verlag GmbH). In dem Aufklärungsgespräch gingen die durchführenden Ärzte im Besonderen auf die häufigsten Komplikationen ein, wie zum Beispiel die akute Pankreatitis, die akute Cholangitis, Blutungen und die duodenale Perforation.

Es wurden an präinterventionellen Laborwerten in der Regel ein kleines Blutbild und ein Gerinnungsstatus gefordert.

1.4.2.2 Vorbereitung der Patienten

Die Patienten mussten ähnlich wie bei anderen oberen Intestinoskopien vor der Untersuchung ca. 6-8 Stunden nüchtern sein. Zudem erhielten alle Patienten vor der Untersuchung einen venösen Zugang, über den die Begleitmedikation während der ERCP injiziert werden konnte.

1.4.2.3 Prämedikation

Die Prämedikation bewirkt eine Sedierung der Patienten und eine Hypotonie des Duodenums.

Als prämedizierende Medikamente wurden Midazolam (Dormicum®) und Disoprivan (Propofol®) eingesetzt. Zur Darmrelaxation kam Butylscopolamin (Buscopan®) zum Einsatz. Als Analgetikum wurde Pethidin (Dolantin®) verwendet. Die Patienten wurden wie bereits bei der Koloskopie beschrieben periinterventionell mittels Pulsoxymetrie überwacht und es erfolgte die nasale Applikation von Sauerstoff.

1.4.2.4 Durchführung einer endoskopisch retrograden Cholangio-Pankreatografie

Den nüchternen und prämedizierten Patienten wurde das Endoskop in Linksseitenlage über die Zunge in den Rachen eingeführt und unter Sicht in den oberen Ösophagus vorgeschoben. Nach der Passage der Kardie erfolgte zunächst die Absaugung von Magensekret. Danach wurde das Endoskop bis in das Duodenum vorgeschoben bis die meist in der Pars descendens duodeni gelegene Papilla vateri erreicht wurde. Nach Sondierung und Intubation der Papilla vateri über einen eingeführten Hohlkatheter erfolgte die Kontrastmittelinstillation unter röntgenologischer Kontrolle (Durchleuchtung) und es wurde im Idealfall der Ductus choledochus bzw. der Ductus pancreaticus je nach Fragestellung dargestellt.

1.4.2.5 Technik

Die ERCP ist eine kombinierte endoskopisch-radiologische Methode. Zur Überwachung der Verteilung des Kontrastmittels und zur Vermeidung einer Überfüllung des Pankreasgangsystems bedarf es einer Röntgeneinheit in Kombination mit einer Durchleuchtungsröhre. In der Medizinischen Klinik und Poliklinik II der Justus-Liebig-Universität Gießen wird ein Duodenoskop der Marke Olympus TJF-160 VR in Kombination mit dem Prozessor Olympus CV-180 verwendet. Als Kaltlichtquelle dient das Gerät CLV-180 (Firma Olympus). Zudem kommen handelsübliche Katheter diverser Hersteller (MTW, Boston Scientific, Mandel+Rupp, Olympus, Medwork, Wilson-Cook) zum Einsatz. Als Kontrastmittel wird Ultravist 370 der Firma Bayer eingesetzt.

1.5 ZIELSETZUNG DER ARBEIT

Die bisherigen Untersuchungen zur Patientenzufriedenheit befassten sich vornehmlich mit dem stationären Aufenthalt von Patienten oder es wurden spezielle medizinische Verfahren untersucht [Barraclough, Ellis, Proops 2007; Marek und Dazert 2007; Siegrist, Schlebusch, Trenckmann 2002]. Ergebnisse für ambulante Patienten bzw. für Patienten die zur Diagnostik in einer speziellen Fachabteilung untersucht wurden, stehen kaum zur Verfügung [Pothier und Frosh 2006]. Gerade für Patienten in einer endoskopischen Abteilung existiert bis zur Vorlage dieser Studie nur eine geringe Datenmenge.

In der vorliegenden Arbeit soll die Patientenzufriedenheit in der gastroenterologischen Abteilung des Universitätsklinikums Gießen als Bestandteil der Qualitätssicherung mit Hilfe einer Patientenbefragung ermittelt werden. Die Befragung der endoskopierte Patienten liefert subjektive Erlebnisparameter, die die Qualität der Behandlung aus Patientensicht und die Patientenzufriedenheit widerspiegeln. Um zur Qualitätssicherung aktiv beizutragen sowie Stärken und Schwächen im Ablauf der zu endoskopierenden Patienten aufzuzeigen, wurden die Patienten aufgefordert, ihre Erfahrungen und Erwartungen bezüglich ihrer Untersuchung einzubringen. Anhand dieser Ergebnisse sollten Faktoren identifiziert werden, welche mit hoher Wahrscheinlichkeit einen Einfluss sowohl auf die

Zufriedenheit als auch auf die Unzufriedenheit mit dem Ablauf von endoskopischen Untersuchungen haben.

Um den Einfluss der Untersuchung selbst auf die Zufriedenheit zu minimieren wurde das Patientenkollektiv in zwei Gruppen aufgeteilt. Eine Gruppe enthielt nur Patienten, bei denen in der Regel langdauernde und/oder komplizierte endoskopische Untersuchungen wie eine Koloskopie oder eine ERCP durchgeführt wurden. Die zweite Gruppe enthielt Patienten, bei denen kurzdauernde in der Regel unkomplizierte Endoskopien (z.B. Gastroskopien) durchgeführt wurden. Diese Einteilung erfolgte unter dem Gesichtspunkt, dass Patienten mit einer Koloskopie oder ERCP einer aufwendigen Vorbereitung bzw. einer Untersuchung mit höherer Belastung (mehr Sedierung, Durchleuchtung, höherer Zeitaufwand) ausgesetzt waren.

In der vorliegenden Arbeit wurden die Aussagen der Patienten untersucht, die eine aufwendige endoskopische Untersuchung (Koloskopie oder ERCP) erhielten.

Das Ziel unserer Studie war die Beantwortung der folgenden Fragen:

1. Wie zufrieden sind die Patienten an der Universitätsklinik Gießen mit einer aufwendigen endoskopischen Untersuchung?
2. Gibt es einen Zusammenhang zwischen Alter, Empfinden der Spiegelung, der Wartezeit der Patienten und ihrer Gesamtzufriedenheit?
3. Gibt es einen Zusammenhang zwischen den Altersgruppen und den Ängsten vor einer Spiegelung?
4. Besteht ein Zusammenhang zwischen dem Empfinden der Spiegelung bei bereits früher erfolgter endoskopischer Untersuchung?
5. Gibt es ein Zusammenhang zwischen der Wartezeit vor der Untersuchung, der Zufriedenheit mit dem Endoskopie-Personal und den Räumlichkeiten der Abteilung?
6. Wie zufrieden sind Patienten mit einer aufwendigen endoskopischen Untersuchung im Vergleich zu Patienten mit weniger aufwendigen Endoskopien (Gastroskopien)?

2 Material und Methoden

2.1 ERHEBUNGSINSTRUMENTE DER PATIENTENBEFRAGUNG

2.1.1 ENTWICKLUNG UND STRUKTUR DES PATIENTENFRAGEBOGENS

Im Rahmen der Untersuchung wurde ein abgewandelter Fragebogen eingesetzt, der von Dr. J. Schmeck-Lindenau am Zentralkrankenhaus Reinkenheide in Bremerhaven speziell für die gastroenterologische Abteilung entwickelt und im Jahr 2003 publiziert wurde [Schmeck-Lindenau 2003]. Dieser Patientenfragebogen wurde so gestaltet, dass er leicht verständlich und auch leicht zu beantworten ist [Bortz und Döring 1995]. Der Fragebogen ist im Anhang dieser Arbeit enthalten.

Der Fragebogen bestand aus zwei DIN A 4 Seiten und umfasste 26 Fragen aus verschiedenen Themenbereichen. Dem Fragebogen selbst ging eine DIN A 4 Seite voraus, in der der Patient auf den Grund dieser Befragung sowie auf die Anonymität der Befragung hingewiesen wurde. Diese Patienteninformationsseite verblieb beim Patienten.

Die Durchführung der Untersuchung anhand dieses Fragebogens wurde von der Ethik-Kommission des Fachbereichs Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen am 22.03.2011 genehmigt (Antrags-Nummer 61/11).

2.1.2 INHALT DES PATIENTENFRAGEBOGENS

Zu Beginn des Fragebogens sollte der Patient den Standort, an dem die endoskopische Untersuchung durchgeführt wurde, sowie die Untersuchungsart anhand von vorgegebenen Möglichkeiten notieren.

Folgende Themenbereiche wurden erfragt:

Angabe zur Person

Dieser Abschnitt erfragte den Altersbereich, ob die Patienten bereits gespiegelt wurden (wenn ja, wo? – ambulant oder im Krankenhaus), welche Spiegelungen bereits durchgeführt wurden und wie die Patienten diese Untersuchungen erlebt hatten. Des Weiteren wurde erfragt, ob die Patienten Angst vor der Spiegelung hatten, ob sich die Patienten für eine Beruhigungsspritze entschieden hatten (wenn ja, wie diese empfunden wurde), ob die Spiegelung als schmerzhaft/unangenehm empfunden wurde, wie das Angstverhalten des Patienten bei einer Wiederholung der Untersuchung aussehen würde, wie viel Wartezeit der Patient als zumutbar hielt, wie die Räumlichkeit und die Atmosphäre während der Untersuchung empfunden wurde, ob der Patient gerne Musik während der Spiegelung im Raum gehört hätte, ob sich der Patient gut umsorgt gefühlt hatte und ob dieser Angst vor Komplikationen hatte.

Organisation von Abläufen

Im Mittelpunkt dieses Themenbereiches standen die Organisation der Terminvergabe und die Wartezeit bis zum Untersuchungsbeginn.

Pflegerische Betreuung

Jeweils eine Frage bezog sich darauf, ob sich die zuständige Pflegekraft namentlich vorgestellt hatte und wie der Patient den Kontakt zu dieser empfunden hatte.

Ärztliche Betreuung

Analog des vorausgehenden Themenbereichs wurden hier dieselben Aspekte bezüglich der Betreuung durch die behandelten Ärzte abgefragt.

Informationen und Aufklärung von medizinischen Fragen und Untersuchungen

Hier thematisierten die Fragen die Aufklärung vor der Spiegelung, ob die Patienten Gelegenheit hatten, über die Untersuchung mit dem Stationsarzt zu sprechen und wie diese Fragen beantwortet wurden. Zudem zielte eine Frage darauf, inwieweit das Ergebnis der Spiegelung mit dem Patienten besprochen wurde.

Freie Ergänzungen in den offenen Fragen

Den Patienten wurde anhand von zwei offenen Fragen die Möglichkeit gegeben, Anregungen, Kritik und Fragen zu äußern. Es bestand ebenfalls die Möglichkeit, anhand eines Freitextes zu der Frage des empfundenen Kontaktes zum Pflegepersonal sowie der Ärzte Bemerkungen zu machen.

Anhand dieser Freitexte können Informationen durch die individuellen Erfahrungen der Patienten mit Endoskopie-Pflegepersonal und Ärzten gewonnen werden, Schwachstellen in der Organisation, den Vorbereitungen und Abläufen bei endoskopischen Untersuchungen aufgezeigt und Verbesserungsvorschläge verwirklicht werden. Zudem kann sich der Patient zu Aspekten äußern, die im Fragebogen nicht oder nur ungenügend berücksichtigt wurden und ihm wichtig erscheinen.

2.2 ERHEBUNGSVERFAHREN DER PATIENTENBEFRAGUNG

In der durchgeführten Untersuchung wurde die schriftliche Befragung anhand eines standardisierten Patientenfragebogens gewählt.

2.2.1 ANONYMITÄT DER PATIENTENBEFRAGUNG

Die an der Untersuchung teilnehmenden Patienten wurden sowohl im einführenden Text des Fragebogens als auch bei der Ausgabe der Fragebögen durch die Doktoranden, über die Anonymität ihrer Beantwortung der Fragen informiert. Es sind daher keine Rückschlüsse von den Fragebögen auf den Patienten möglich. Um möglichst valide, d. h. nicht positiv verzerrte Ergebnisse zu erzielen sowie die Kritikbereitschaft zu fördern, wurde auf die Anonymität bzw. die Zusicherung strikter Vertraulichkeit großen Wert gelegt [Blum 1995].

2.2.2 EINFÜHRUNG DER BEFRAGUNG IN DEN KLINISCHEN ALLTAG

Vor Beginn der Patientenbefragung wurden alle Mitarbeiter der gastroenterologischen Abteilung sowie alle Stationen, auf denen der Patientenfragebogen ausgegeben wurde, über die Durchführung und Ziele der Befragung ausführlich informiert. Je höher die Zustimmung des Assistenzpersonals

zur Befragung ist, desto höher ist die Rücklaufquote von Fragebögen [Dierks, Bitzer, Schwartz 2000].

Auf den folgenden Stationen wurden die Patientenfragebögen verteilt:

- Med. Klinik I
 - Station Morawitz
 - Station Matthes
 - Station Volhard
- Med. Klinik II
 - Pneumologische Schwerpunktstation 10
 - Infektionsstation 15
 - Station Schütterle
 - Station Thannhauser
- Med. Klinik und Poliklinik III
 - Station 1
 - Station 2
 - Station 3
- Med. Klinik IV/V
 - Hämatologische/Onkologische Schwerpunktstation Paul Ehrlich
 - Station Virchow

2.2.3 DURCHFÜHRUNG DER BEFRAGUNG

Im Rahmen der Querschnittsstudie der gastroenterologischen Abteilung der Universität Gießen erhielten im Zeitraum Januar bis Dezember 2006 1000 Patienten, bei denen eine Gastroskopie, Koloskopie oder ERCP durchgeführt wurde, den Patientenfragebogen.

Der Fragebogen wurde dem Patienten durch den Doktoranden persönlich ausgehändigt. Durch diese persönliche Aushändigung sollte die Akzeptanz der Untersuchung [Rubin 1990] und die Teilnahme erhöht werden. Die Patienten wurden über Sinn und Zweck der Erhebung sowie über die Bedeutung der persönlichen Teilnahme für die Qualität der Untersuchungsergebnisse unterrichtet. Des Weiteren wurden die Patienten darüber informiert, dass die Befragung freiwillig und anonym sei und keinen Einfluss auf Qualität und Dauer der weiteren Behandlung habe. Das

gleiche galt für die Nichtteilnahme. Den Patienten wurde erläutert, dass die Ergebnisse der Befragung nicht Teil der Behandlung seien und zu diesem Zweck auch nicht an das Personal weitergegeben würden. Es wurde nochmals betont, dass keine Rückverfolgung anhand der angegebenen Antworten auf einzelne Patienten möglich sei.

Nach einer kurzen Vorstellung des inhaltlichen Aufbaus des Patientenfragebogens, wurde den Patienten mitgeteilt, dass sie den Fragebogen, nach erfolgter Spiegelung, beantwortet im Stationszimmer abgeben könnten (in jedem Stationszimmer wurde eigens dafür ein Aufbewahrungsfach angefertigt). Des Weiteren wurden die Patienten darüber informiert, dass die Möglichkeit bestünde, den Fragebogen persönlich in die Endoskopie-Abteilung zu bringen und diesen dann in den dafür angebrachten Briefkasten einzuwerfen.

2.2.4 FRAGEBOGENRÜCKLAUF

Im Erfassungszeitraum von Januar bis Dezember 2006 stimmten 1000 aller angesprochenen Patienten zu, einen Fragebogen auszufüllen. Von diesen Patientenbögen, die an der Befragung teilnahmen, konnten insgesamt 744 Fragebögen ausgewertet werden, was hinsichtlich der 1000 ausgeteilten Bögen einer Rücklaufquote von 74,4% entspricht. Die restlichen Fragebögen waren nicht oder nur sehr mangelhaft ausgefüllt.

2.3 DATENERFASSUNG UND STATISTISCHE AUSWERTUNG

2.3.1 ERFASSUNG DER PATIENTENDATEN

Die Erfassung der Daten zur Untersuchung der Patientenzufriedenheit erfolgte mit der Software „Statistical Package for the Social Sciences“ (SPSS) für Windows Version 11.5 und Windows XP.

Waren Fragen von Patienten uneindeutig gekennzeichnet, indem z.B. zwei benachbarte Antwortmöglichkeiten gleichzeitig markiert wurden, so ist die entsprechende Frage nicht in die Ergebnisanalyse einbezogen worden.

Die von den Patienten geäußerten Meinungen und Verbesserungsvorschläge in den offenen Fragen wurden nach inhaltsanalytischen Kriterien in einem Kategorienschema ausgewertet.

2.3.2 STATISTISCHE AUSWERTUNG DER PATIENTENDATEN

Zum Überprüfen von wissenschaftlichen Vermutungen werden statistische Hypothesen aufgestellt. Sie sind bei Gruppenvergleichen meist so formuliert, dass das Ziel des Anwenders das Ablehnen der Hypothese ist. Als Signifikanzniveau (Fehler 1. Art, Fehlerwahrscheinlichkeit oder p-Wert) wird diejenige Wahrscheinlichkeit bezeichnet, mit der man Irrtümlich eine richtige Hypothese ablehnt. Will man einen geringen Fehler beim Ablehnen der Hypothese machen, so sollte diese Wahrscheinlichkeit klein sein, übliche Schranken sind $\alpha = 0,05$ und $\alpha = 0,01$. In dieser Arbeit wurde mit dem Signifikanzniveau von 5% gearbeitet.

Die in dieser Arbeit verwendeten Variablen sind nicht normal verteilt, sondern in der Regel ordinal skaliert. Es kommen ergo nur nicht-parametrische Verfahren zum Testen von Hypothesen zur Verwendung.

Bei Kreuztabellen mit zwei ordinalen Variablen wurde die Hypothese getestet, ob die Verteilungen eine monotone Tendenz in eine der von den ordinalen Variablen vorgegebenen Richtung habe. Für das Testen dieser Hypothese wurde der Linear-by-Linear-Association-Test verwendet. Dieser Test ist damit spezifischer als der allgemeine Chi²-Test, der nur die Verteilungsunterschiede – unabhängig von einer Richtung – prüft.

Für das Testen der gleichen Verteilung eines Items (im Besonderen der gleichen Mediane) in zwei unabhängige Stichproben wurde der Mann-Whitney-U-Test verwendet. In dieser Arbeit wurde der Test bei dem Vergleich der Gesamtzufriedenheit zwischen den beiden Patientengruppen verwendet.

Testunterscheidungen mit p-Werten zwischen 0,05 und 0,01 wurden als signifikant bezeichnet, Werte kleiner als 0,01 als hochsignifikant.

Um einen Score für die Gesamtzufriedenheit zu errechnen, wurden die Items umcodiert und in einer Summe zusammengefasst, die die Bereiche der Organisation, der ärztlichen und pflegerischen Betreuung sowie der Information und Aufklärung umfassten:

Hatten Sie das Gefühl, auf den Termin für die jetzige Spiegelung warten zu müssen?	Ich bekam den Termin schnell	Ich musste nur wenige Tage warten	Ich musste lange auf einen Termin warten	
	+1	0	-1	
Wenn die Untersuchung noch einmal wiederholt werden müsste, hätten Sie dann	keine Angst mehr	weniger Angst	gleich viel Angst	mehr Angst
	+2	+1	-1	-2
Wie empfanden Sie den Kontakt mit dem Endoskopie-Personal?	Wohltuend / angenehm	weder noch	Unangenehm	
	+1	0	-1	
Wie empfanden Sie den Kontakt mit dem spiegelenden Arzt?	Wohltuend / angenehm	weder noch	Unangenehm	
	+1	0	-1	
Empfanden Sie die Räumlichkeiten unserer Endoskopie-Abteilung als	Angenehm	weder noch	Unangenehm	
	+1	0	-1	
Wie empfanden Sie insgesamt die Atmosphäre während der Spiegelung?	Angenehm	weder noch	Unangenehm	
	+1	0	-1	
Wie empfanden Sie die Aufklärung vor der Spiegelung? („ich brauchte nicht aufgeklärt zu werden“ = 0)	Sehr gut	Ausreichend	Schlecht	Gar keine Aufklärung
	+2	+1	-1	-2
Wurde mit Ihnen das Ergebnis der Spiegelung besprochen?	Ja, ausführlich	Ja, etwas knapp	Nein	
	+1	0	-1	

Fehlende Werte bekamen keinen Score zugeordnet.

Der Gesamtscore als Summe hat demnach einen Range von +10 bis -10.

Die Gesamtzufriedenheit wurde in drei Klassen aufgeteilt:

Gesamtwerte von kleiner als 4: „nicht so zufrieden“,

Werte von 5 bis 7: „zufrieden“,

Werte von 8-10: „sehr zufrieden“.

Mit dieser Klassifizierung wurde ebenfalls der Zusammenhang zwischen Alter, Empfinden der Spiegelung und Wartezeit zur Gesamtzufriedenheit analysiert.

Der Chi²-Test wurde in dieser Arbeit verwendet, um festzustellen welche Items zu einer Score-Erhöhung und damit zu einer größeren Patientenzufriedenheit führen.

Die statistische Auswertung der gewonnenen Daten erfolgte in Zusammenarbeit mit der Firma MoReData GmbH in Gießen.

3 Ergebnisse

3.1 ERGEBNISSE DES FRAGEBOGENS ZUR PATIENTENZUFRIEDENHEIT

3.1.1 GESAMTZUFRIEDENHEIT DER PATIENTEN

Die Berechnung der Gesamtzufriedenheit, die sich aus den Komponenten der Items zur Frage nach der Wartedauer auf eine Spiegelung, auf eine ggf. neuerliche Spiegelung, auf den Kontakt mit dem Pflegepersonal bzw. dem spiegelnden Arzt, der Räumlichkeiten, der Atmosphäre, der Aufklärung und der Besprechung des Untersuchungsergebnisses beziehen ergab bei einer Range von +10 bis -10 einen Wert von 6,25 ($\pm 2,76$). Die Patienten waren somit „zufrieden“ mit der durchgeführten Untersuchung (Tabelle 1, Abbildung 1).

Tabelle 1: Gesamtzufriedenheit der Patienten

Kollektiv	MW \pm SD (N)	95%-KI
Aufw. Untersuchung	6,25 \pm 2,76 (N=392)	[5,97; 6,52]

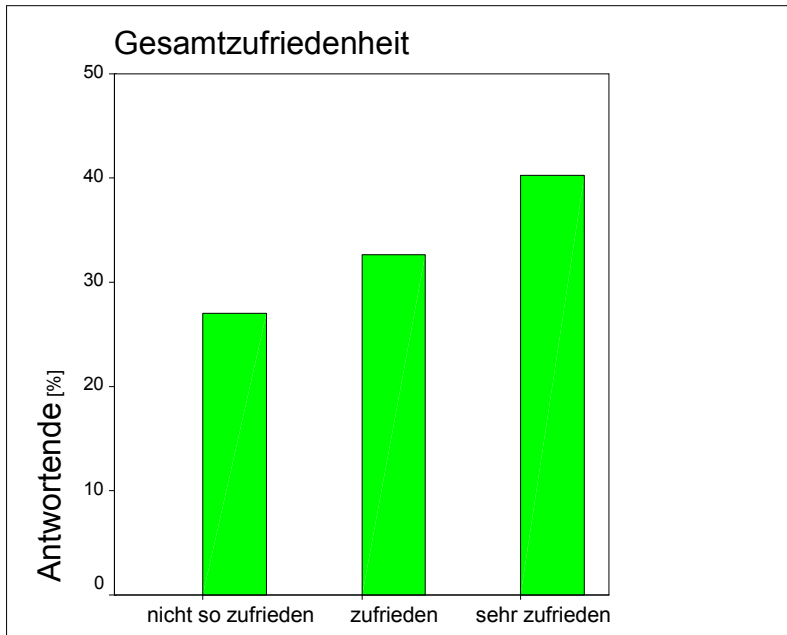


Abbildung 1: Gesamtzufriedenheit der Patienten

3.1.1.1 Häufigkeitsverteilungen der Fragen zur Gesamtzufriedenheit

Auf die Frage „Hatten Sie das Gefühl, auf den Termin für die jetzige Spiegelung warten zu müssen“ antworteten die Befragten wie folgt:

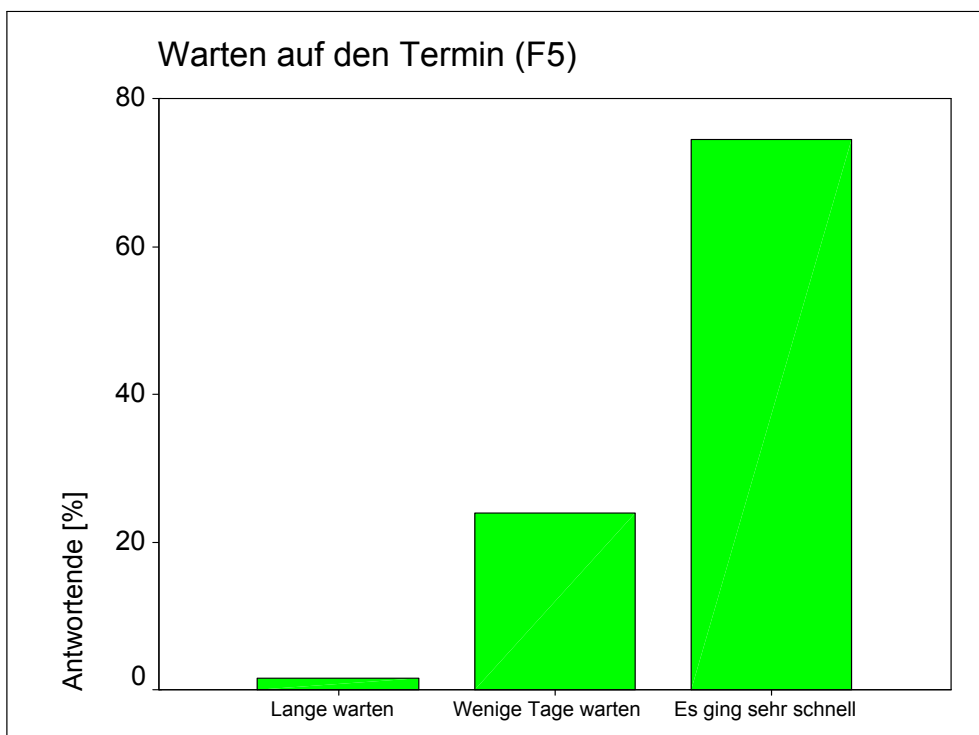


Abbildung 2: Warten auf den Termin

1,6% der Befragten mussten ihrer Meinung nach lange auf einen Termin warten, 23,9% mussten nur wenige Tage warten und 74,5% der Patienten bekamen sehr schnell einen Termin (Abbildung 2, Tabelle 2).

Tabelle 2: Warten auf den Termin

Frage 5	Ich musste lange auf einen Termin warten	Ich musste nur wenige Tage warten	Ich bekam den Termin schnell	Gesamt
Anzahl	6	92	287	385
%	1,6%	23,9%	74,5%	100%

Auf die Frage „Wenn die Untersuchung noch einmal wiederholt werden müsste, hätten Sie dann...“ fielen die Antworten gemäß dem folgenden Diagramm aus:

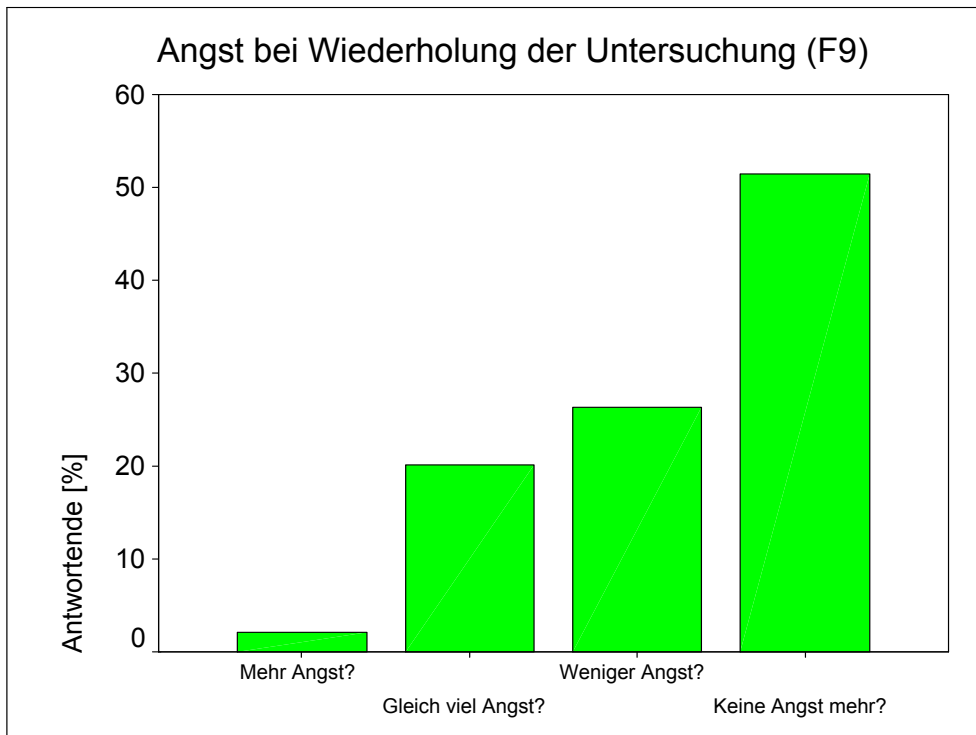


Abbildung 3: Angst bei Wiederholung der Untersuchung

2,1% der Befragten hätten mehr Angst, 20,2% gleich viel Angst, 26,4% weniger Angst und 51,4% der Patienten hätten bei einer Wiederholung der Untersuchung keine Angst mehr (Abbildung 3, Tabelle 3).

Tabelle 3: Angst bei Wiederholung der Untersuchung

Frage 9	mehr Angst	gleich viel		keine Angst	Gesamt
		Angst	weniger Angst	mehr	
Anzahl	8	78	102	199	387
%	2,1%	20,2%	26,4%	51,4%	100%

Die Frage „Wie empfanden Sie den Kontakt mit dem Endoskopie-Personal“ wurde von den Patienten wie folgt beantwortet:

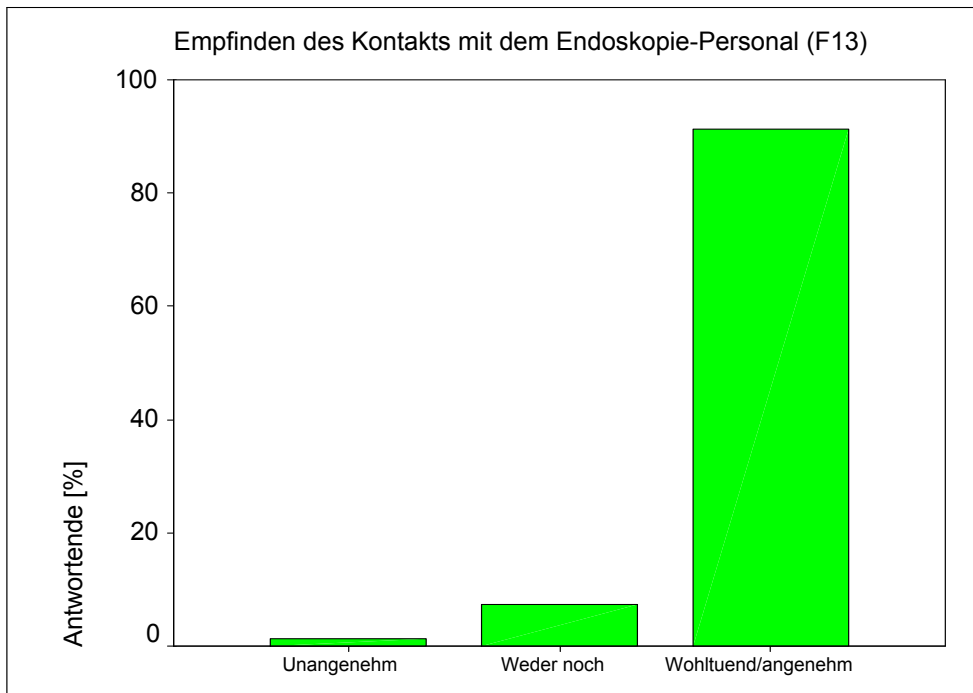


Abbildung 4: Empfinden des Kontakts mit dem Endoskopie-Personal

1,8% der Patienten empfanden den Kontakt als unangenehm, 7,7% weder als unangenehm noch als angenehm und 90,6% der Befragten als wohltuend/angenehm (Abbildung 4, Tabelle 4).

Tabelle 4: Empfinden des Kontakts mit dem Endoskopie-Personal

Frage 13	Unangenehm	Weder noch	Wohltuend / angenehm	Gesamt
Anzahl	7	30	355	392
%	1,8%	7,7%	90,6%	100%

Die Frage „Wie empfanden Sie den Kontakt mit der spiegelnden Ärztin oder dem spiegelnden Arzt“ beantworteten die Befragten wie folgt:

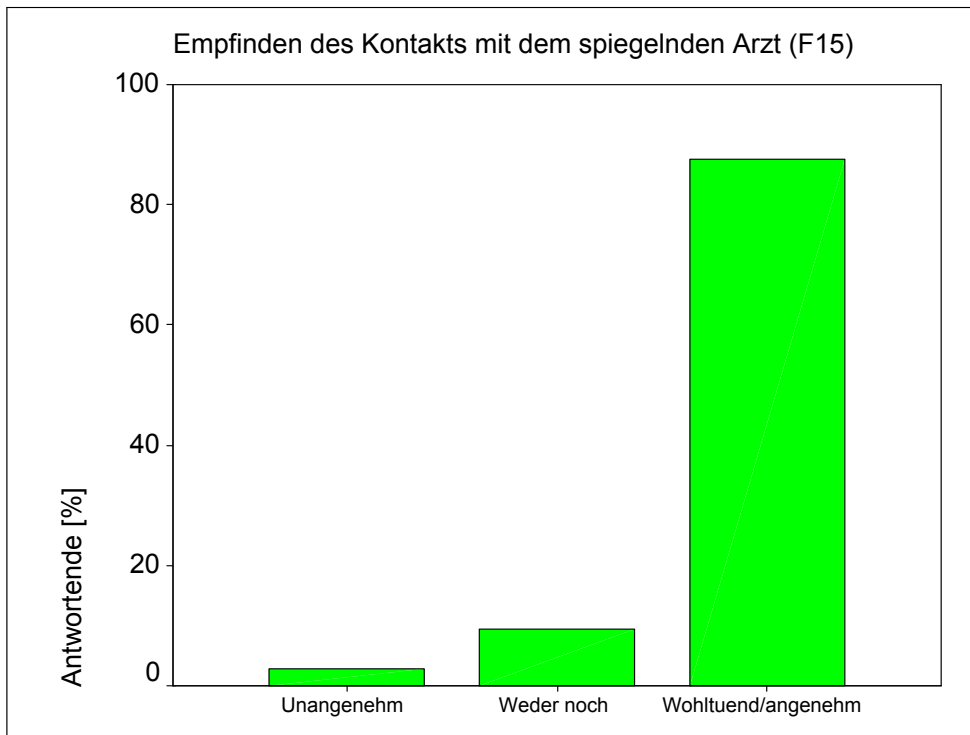


Abbildung 5: Empfinden des Kontakts mit dem spiegelnden Arzt

2,9% empfanden den Kontakt als unangenehm, 9,5% weder als unangenehm noch als angenehm und 87,6% der gespiegelten Patienten empfanden den Kontakt als wohltuend/angenehm (Abbildung 5, Tabelle 5).

Tabelle 5: Empfinden des Kontakts mit dem spiegelnden Arzt

Frage 15	Unangenehm	Weder noch	Wohltuend / angenehm	Gesamt
Anzahl	11	36	332	379
%	2,9%	9,5%	87,6%	100%

Die Frage „Empfanden Sie die Räumlichkeit unserer Endoskopie-Abteilung als ...“ wurde wie folgt beantwortet:

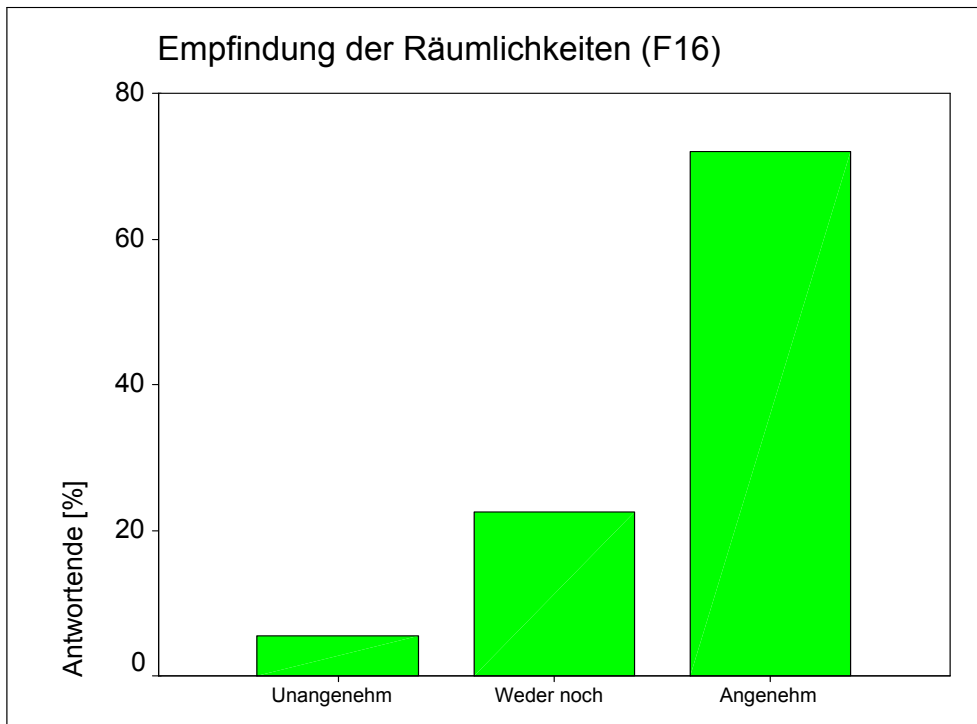


Abbildung 6: Empfinden der Räumlichkeit

5,5% der Patienten empfanden die Räumlichkeiten der Endoskopie-Abteilung als unangenehm, 72,1% als angenehm. 22,5% der Befragten empfanden die Räumlichkeiten weder als unangenehm noch als angenehm (Abbildung 6, Tabelle 6).

Tabelle 6: Empfinden der Räumlichkeit

Frage 16	Unangenehm	Weder noch	Angenehm	Gesamt
Anzahl	21	86	276	383
%	5,5%	22,5%	72,1%	100%

Auf die Frage „Wie empfanden Sie die Atmosphäre während der Spiegelung“ antworteten die Befragten wie folgt:

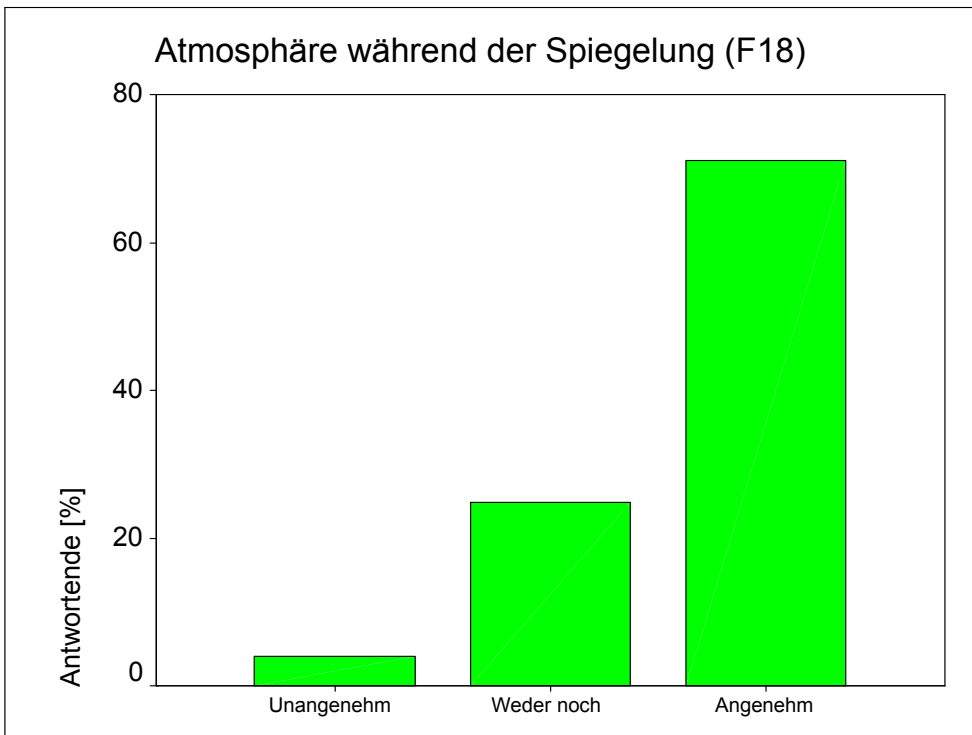


Abbildung 7: Atmosphäre während der Spiegelung

4,0% der gespiegelten Patienten empfanden die Atmosphäre als unangenehm, 24,9% weder als unangenehm noch als angenehm und 71,2% der Patienten empfanden die Atmosphäre als angenehm (Abbildung 7, Tabelle 7).

Tabelle 7: Atmosphäre während der Spiegelung

Frage 18	Unangenehm	Weder noch	Angenehm	Gesamt
Anzahl	15	94	269	378
%	4,0%	24,9%	71,2%	100%

Auf die Frage „Wie empfanden Sie die Aufklärung vor der Spiegelung“ fielen die Antworten der gespiegelten Patienten gemäß dem folgenden Diagramm aus:

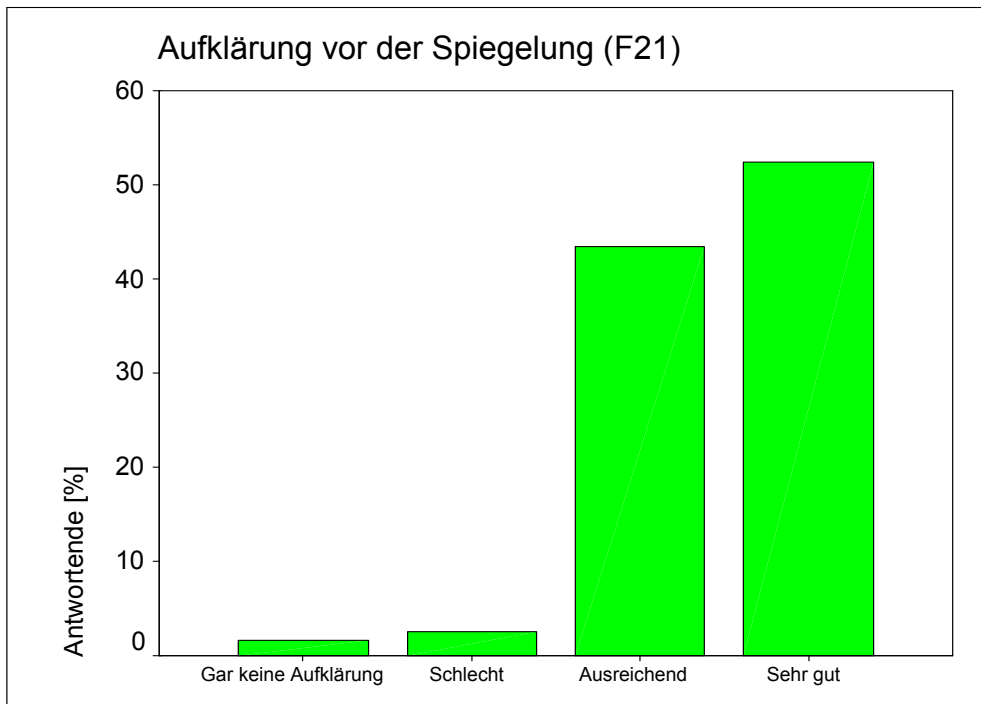


Abbildung 8: Aufklärung vor der Spiegelung

1,6% antworteten gar keine Aufklärung erhalten zu haben, 2,6% gaben an eine schlechte Aufklärung bekommen zu haben, 43,5% empfanden die Aufklärung als ausreichend und 52,4% empfanden die Aufklärung vor der Spiegelung als sehr gut (Abbildung 8, Tabelle 8).

Tabelle 8: Aufklärung vor der Spiegelung

Frage 21	Gar keine Aufklärung	Schlecht	Ausreichend	Sehr gut	Gesamt
Anzahl	5	8	136	164	313
%	1,6%	2,6%	43,5%	52,4%	100%

Die Frage „Wurde mit Ihnen das Ergebnis der Spiegelung besprochen“ wurde von den Patienten wie folgt beantwortet:

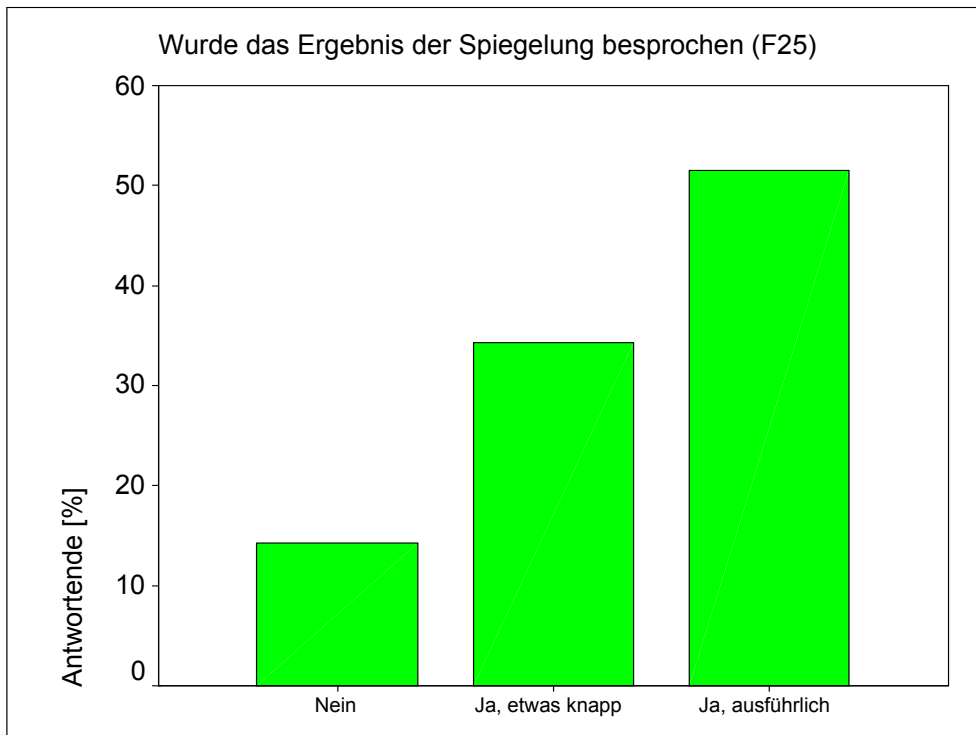


Abbildung 9: Besprechung des Untersuchungsergebnisses

14,2% der Befragten antworteten, dass das Untersuchungsergebnis nicht mit Ihnen besprochen wurde, mit 34,3% wurde das Ergebnis knapp und mit 51,5% der Patienten ausführlich besprochen (Abbildung 9, Tabelle 9).

Tabelle 9: Besprechung des Untersuchungsergebnisses

Frage 25	Nein	Ja, etwas		Gesamt
		knapp	Ja, ausführlich	
Anzahl	53	128	192	373
%	14,2%	34,3%	51,5%	100%

3.1.2 ZUSAMMENHANG ZWISCHEN ALTER, EMPFINDEN DER SPIEGELUNG UND WARTEZEIT DER PATIENTEN MIT IHRER GESAMTZUFRIEDENHEIT

Zusammenhang zwischen der Gesamtzufriedenheit und den Altersgruppen

Es bestand ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Alter der Patienten und der Gesamtzufriedenheit (Abbildung 10). Patienten, die älter als 60 Jahre waren, waren tendenziell zufriedener ($p=0,031$, Linear-by-Linear-Association) als Patienten aus jüngeren Jahrgängen.

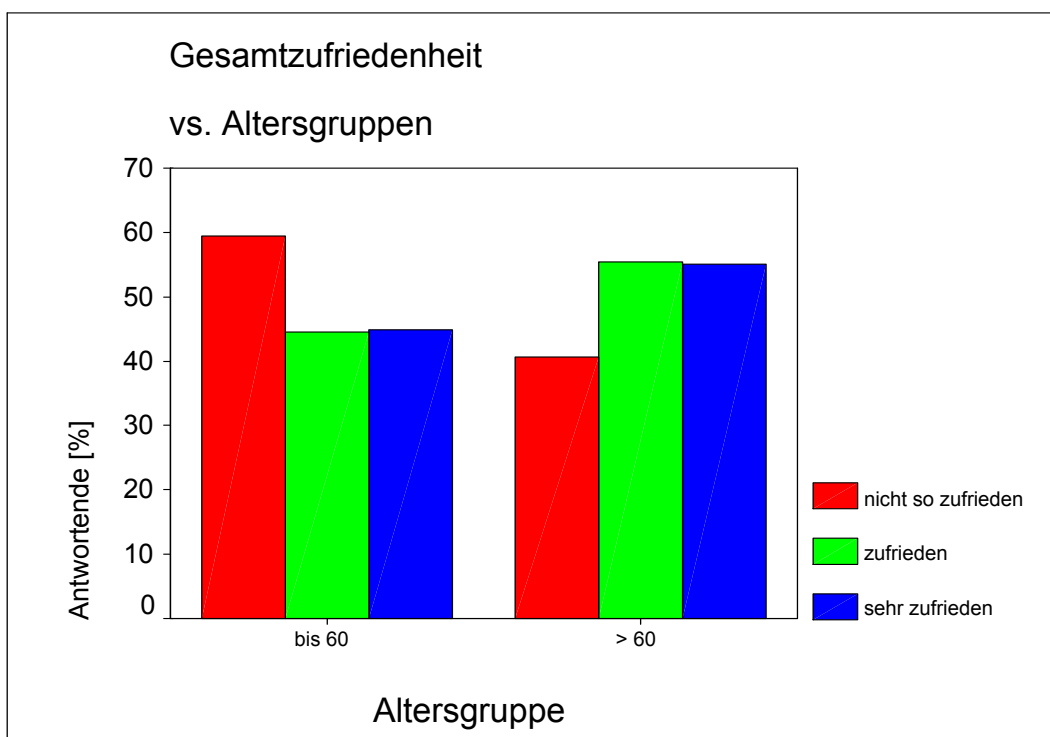


Abbildung 10: Zusammenhang zwischen Gesamtzufriedenheit und Altersgruppen

Zusammenhang zwischen der Gesamtzufriedenheit und dem Empfinden der Spiegelung

Es bestand keine signifikante Abhängigkeit zwischen den beiden ordinalen Variablen Gesamtzufriedenheit und Empfinden der Spiegelung ($p=0,537$, Linear-by-Linear-Association). Die Ergebnisse der Zusammenhangsberechnung sind in der folgenden Tabelle dargestellt (Tabelle 10).

Tabelle 10: Zusammenhang zwischen Gesamtzufriedenheit und Empfinden der Spiegelung

Antwort		Schmerzhafte Empfinden der Spiegelung (F8)?				
		Ja	Ein wenig	Nein	Gesamt	
Zufriedenheit	Statistik					
	Anzahl	27	19	56	102	
	% Antwort Zufr.	26,5%	18,6%	54,9%	100%	
Nicht so zufrieden	% Empfinden	54,0%	10,2%	37,1%	26,3%	
	Anzahl	14	65	49	128	
	% Antwort Zufr.	10,9%	50,8%	38,3%	100%	
Zufrieden	% Empfinden	28,0%	34,8%	32,5%	33,0%	
	Anzahl	9	103	46	158	
	% Antwort Zufr.	5,7%	65,2%	29,1%	100%	
Sehr zufrieden	% Empfinden	18,0%	55,1%	30,5%	40,7%	
	Gesamt	Anzahl	50	187	151	388
	% Antwort F6	12,9%	48,2%	38,9%	100%	
	% Altersgruppe	100%	100%	100%	100%	

Zusammenhang zwischen der Gesamtzufriedenheit und der Wartezeit der Patienten

Es zeigte sich in dieser Zusammenhangsberechnung eine signifikante Abhängigkeit zwischen der Gesamtzufriedenheit und der Wartezeit der Patienten (Abbildung 11). Patienten mit einer Wartezeit von bis zu 30 Minuten hatten eine höhere Gesamtzufriedenheit ($p < 0,0005$, Linear-by-Linear-Association).

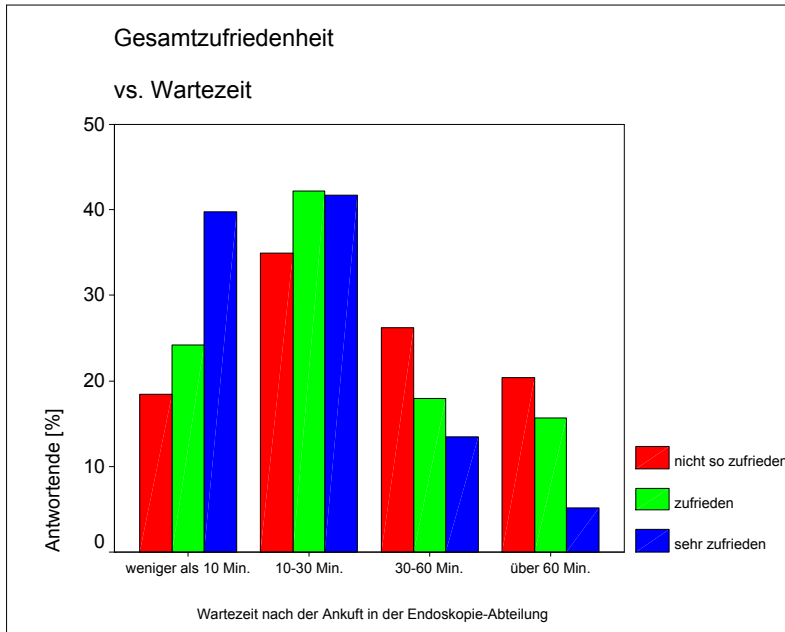


Abbildung 11: Zusammenhang zwischen Gesamtzufriedenheit und Wartezeit

3.2 ERGEBNISSE DER ZUSAMMENHANGSBERECHNUNG VON EINZELNEN MERKMALEN

3.2.1 ZUSAMMENHANG ZWISCHEN DEN ALTERSGRUPPEN UND DEN ÄNGSTEN VOR EINER SPIEGELUNG

Zusammenhang zwischen Altersgruppen und der Frage 6 „Hatten Sie Angst vor der Spiegelung?“

Es zeigte sich eine signifikante Abhängigkeit zwischen den beiden Variablen (Tabelle 11). Je älter die Patienten waren, desto weniger wird von Ihnen Angst vor der Spiegelung angegeben ($p < 0,0005$, Linear-by-Linear-Association).

Tabelle 11: Zusammenhang zwischen Altersgruppen und Angst vor der Spiegelung

Antwort		Altersgruppe			
Frage 6	Statistik	<= 40 Jahre	41-60 Jahre	> 60 Jahre	Gesamt
Keine Angst	Anzahl	7	42	99	148
	% Antwort F6	4,7%	28,4%	66,9%	100%
	% Altersgruppe	21,9%	26,6%	49,7%	38,0%
Wenig Angst	Anzahl	16	83	81	180
	% Antwort F6	8,9%	46,1%	45,0%	100%
	% Altersgruppe	50,0%	52,5%	40,7%	46,3%
Viel Angst	Anzahl	9	33	19	61
	% Antwort F6	14,8%	54,1%	31,1%	100%
	% Altersgruppe	28,1%	20,9%	9,5%	15,7%
Gesamt	Anzahl	32	158	199	389
	% Antwort F6	8,2%	40,6%	51,2%	100%
	% Altersgruppe	100%	100%	100%	100%

Zusammenhang zwischen Altersgruppen und der Frage 9 „Wenn die Untersuchung noch einmal wiederholt werden müsste, hätten Sie dann keine Angst mehr, weniger Angst, gleich viel Angst oder mehr Angst?“

Es bestanden signifikante Unterschiede in den Beurteilungen der Frage (Tabelle 12). Je älter die Patienten waren, desto weniger Angst hätten sie zukünftig bei einer Wiederholung der Spiegelung ($p < 0,05$, Linear-by-Linear-Association).

Tabelle 12: Zusammenhang zwischen Altersgruppen und den Ängsten bei einer Wiederholung der Spiegelung

Antwort Frage 9	Statistik	Altersgruppe			Gesamt
		<= 40 Jahre	41-60 Jahre	> 60 Jahre	
Keine Angst mehr	Anzahl	11	67	123	201
	% Antwort F9	5,5%	33,3%	61,2%	100%
	% Altersgruppe	34,4%	42,1%	61,2%	51,3%
Weniger Angst	Anzahl	7	53	45	105
	% Antwort F9	6,7%	50,5%	42,9%	100%
	% Altersgruppe	21,9%	33,3%	22,4%	26,8%
Gleich viel Angst / mehr Angst	Anzahl	14	39	33	86
	% Antwort F9	16,3%	45,3%	38,4%	100%
	% Altersgruppe	43,8%	24,5%	16,4%	21,9%
Gesamt	Anzahl	32	159	201	392
	% Antwort F9	8,2%	40,6%	51,3%	100%
	% Altersgruppe	100%	100%	100%	100%

Zusammenhang zwischen Altersgruppen und Frage 24 „Hatten Sie Angst vor Komplikationen?“

Es bestand ein signifikanter Zusammenhang zwischen den Altersgruppen und der Angst vor Komplikationen (Tabelle 13). Besonders die über 60-jährigen Patienten hatten weniger Angst vor Komplikationen im Vergleich zu den beiden anderen Altersgruppen ($p < 0,0005$, Linear-by-Linear-Association).

Tabelle 13: Zusammenhang zwischen Altersgruppen und Angst vor Komplikationen

Antwort		Altersgruppe			Gesamt
Frage 24	Statistik	<= 40 Jahre	41-60 Jahre	> 60 Jahre	
Viel	Anzahl	3	21	12	36
	% Antwort F24	8,3%	58,3%	33,3%	100,0%
	% Altersgruppe	9,4%	13,2%	6,0%	9,2%
Mäßig	Anzahl	11	48	33	92
	% Antwort F24	12,0%	52,2%	35,9%	100,0%
	% Altersgruppe	34,4%	30,2%	16,6%	23,6%
Wenig	Anzahl	11	61	84	156
	% Antwort F24	7,1%	39,1%	53,8%	100,0%
	% Altersgruppe	34,4%	38,4%	42,2%	40%
Gar nicht	Anzahl	7	29	70	106
	% Antwort F24	6,6%	27,4%	66,0%	100%
	% Altersgruppe	21,9%	18,2%	35,2%	27,2%
Gesamt	Anzahl	32	159	199	390
	% Antwort F24	8,2%	40,8%	51,0%	100%
	% Altersgruppe	100%	100%	100%	100%

3.2.2 ZUSAMMENHANG ZWISCHEN DEM SUBJEKTIVEM EMPFINDEN DER SPIEGELUNG BEI BEREITS ERFOLGTER ENDOSKOPISCHER UNTERSUCHUNG

Zusammenhang zwischen Empfinden der Spiegelung und Frage 2 und 3 „Wenn Sie schon einmal eine Darmspiegelung hatten, empfanden Sie die neuerliche Spiegelung als schmerzhaft oder unangenehm?“

Es konnte eine signifikante Abhängigkeit zwischen den beiden Variablen gezeigt werden (Tabelle 14). Patienten, bei denen bereits eine Darmspiegelung durchgeführt wurde, empfanden die neuerliche Spiegelung eher als nicht schmerzhaft oder als nicht unangenehm ($p=0,015$, Linear-by-Linear-Association).

Tabelle 14: Zusammenhang zwischen Empfinden der Spiegelung bei bereits erfolgter Darmspiegelung

Antwort		Schmerzhaftes Empfinden der Spiegelung (F8)?			
		Ja	Ein wenig	Nein	Gesamt
Frage 3	Statistik				
Darmspiegelung: Ja	Anzahl	29	95	95	219
	% Antwort F3	13,2%	43,4%	43,4%	100,0%
	% Empfinden	80,6%	84,8%	68,8%	76,6%
Darmspiegelung: Nein	Anzahl	7	17	43	67
	% Antwort F3	10,4%	25,4%	64,2%	100,0%
	% Empfinden	19,4%	15,2%	31,2%	23,4%
Gesamt	Anzahl	36	112	138	286
	% Antwort F3	12,6%	39,2%	48,3%	100,0%
	% Empfinden	100%	100%	100%	100%

Zusammenhang zwischen Empfinden der Spiegelung und Frage 2 und 3 „Wenn Sie schon einmal eine Spiegelung von Gallengängen/Bauchspeicheldrüse hatten, empfanden Sie die neuerliche Spiegelung als schmerzhaft oder unangenehm?“

In dieser Zusammenhangsberechnung zeigte sich zwischen den beiden Variablen eine signifikante Abhängigkeit (Tabelle 15). Patienten, bei denen bereits eine Spiegelung von Gallengängen/Bauchspeicheldrüse durchgeführt wurde, empfanden die neuerliche Spiegelung eher als nicht schmerzhaft oder unangenehm (p=0,034, Linear-by-Linear-Association).

Tabelle 15: Zusammenhang zwischen Empfinden der Spiegelung bei bereits erfolgter Spiegelung von Gallengängen/Bauchspeicheldrüse

Antwort		Schmerzhaftes Empfinden der Spiegelung (F8)?			
		Ja	Ein wenig	Nein	Gesamt
Frage 3	Statistik				
Spiegelung von Gallengängen / Pankreas:	Anzahl	3	1	17	21
	% Antwort F3	14,3%	4,8%	81,0%	100,0%
	% Empfinden	8,3%	0,9%	12,3%	7,3%
Ja Spiegelung von Gallengängen / Pankreas:	Anzahl	33	111	121	265
	% Antwort F3	12,5%	41,9%	45,7%	100,0%
	% Empfinden	91,7%	99,1%	87,7%	92,7%
Nein Gesamt	Anzahl	36	112	138	286
	% Antwort F3	12,6%	39,2%	48,3%	100,0%
	% Empfinden	100%	100%	100%	100%

Zusammenhang zwischen Empfinden der Spiegelung und Frage 4 „Wie haben Sie bisher Spiegelungen erlebt?“

Es bestand ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Empfinden der Spiegelung bei bereits erfolgter Spiegelung (Tabelle 16). Patienten, die bisher Spiegelungen als unangenehm empfunden haben, beurteilten die neuerliche Spiegelung ebenfalls wieder häufiger als unangenehm ($p < 0,0005$, Linear-by-Linear-Association).

Tabelle 16: Zusammenhang zwischen Empfinden der Spiegelung im Vergleich mit den bisher erlebten Spiegelungen

Antwort	Statistik	Schmerzhaftes Empfinden der Spiegelung (F8)?			Gesamt
		Ja	Ein wenig	Nein	
Frage 4					
Nie unangenehm	Anzahl	6	28	64	98
	% Antwort F4	6,1%	28,6%	65,3%	100%
	% Empfinden	16,7%	24,1%	45,1%	33,3%
Gelegentlich unangenehm	Anzahl	18	65	61	144
	% Antwort F4	12,5%	45,1%	42,4%	100%
	% Empfinden	50,0%	56,0%	43,0%	49,0%
Immer unangenehm	Anzahl	12	23	17	52
	% Antwort F4	23,1%	44,2%	32,7%	100%
	% Empfinden	33,3%	19,8%	12,0%	17,7%
Gesamt	Anzahl	36	116	142	294
	% Antwort F4	12,2%	39,5%	48,3%	100%
	% Empfinden	100%	100%	100%	100%

3.2.3 ZUSAMMENHANG ZWISCHEN DER WARTEZEIT UND DER ZUFRIEDENHEIT MIT DEM ENDOSKOPIE-PERSONAL SOWIE DER RÄUMLICHKEIT DER ABTEILUNG?

Zusammenhang zwischen der Wartezeit der Patienten und Frage 13 „Wie empfanden Sie den Kontakt mit dem Endoskopie-Personal?“

In dieser Zusammenhangsberechnung zeigte sich eine signifikante Abhängigkeit zwischen den beiden ordinalen Variablen (Tabelle 17). Patienten mit einer kürzeren Wartezeit (unter 30 Minuten) empfanden den Kontakt zum Endoskopie-Personal eher als wohltuend/ angenehm (p=0,012, Linear-by-Linear-Association).

Tabelle 17: Zusammenhang zwischen Wartezeit und Kontakt zum Endoskopie-Personal

Antwort		Wartezeit in der Abteilung (F10)?				
Frage 13	Statistik	< 10 Min	10-30 Min	30-60 Min	> 60 Min	Gesamt
Wohltuend/ angenehm	Anzahl	102	147	61	38	348
	% Antwort F13	29,3%	42,2%	17,5%	10,9%	100,00%
	% Wartezeit	92,7%	95,5%	85,9%	82,6%	91,30%
Unangenehm/ weder noch	Anzahl	8	7	10	8	33
	% Antwort F13	24,2%	21,2%	30,3%	24,2%	100,00%
	% Wartezeit	7,3%	4,5%	14,1%	17,4%	8,70%
Gesamt	Anzahl	110	154	71	46	381
	% Antwort F13	28,9%	40,4%	18,6%	12,1%	100,00%
	% Wartezeit	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,00%

Zusammenhang zwischen der Wartezeit der Patienten und Frage 15 „Wie empfanden Sie den Kontakt mit dem spiegelnden Arzt?“

Es bestand ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Wartezeit der Patienten und dem Empfinden des Kontaktes mit dem spiegelnden Arzt (Tabelle 18). Patienten die eine Wartezeit unter 30 Minuten hatten, empfanden den Kontakt zum Arzt eher positiver ($p < 0,0005$, Linear-by-Linear-Association).

Tabelle 18 : Zusammenhang zwischen Wartezeit und Kontakt zum spiegelnden Arzt

Antwort		Wartezeit in der Abteilung (F10)?				
Frage 15	Statistik	< 10 Min	10-30 Min	30-60 Min	> 60 Min	Gesamt
	Anzahl	107	136	56	29	328
Angenehm	% Antwort F15	32,6%	41,5%	17,1%	8,8%	100,00%
	% Wartezeit	95,5%	90,1%	80,0%	69,0%	87,50%
Unangenehm/ weder noch	Anzahl	5	15	14	13	47
	% Antwort F15	10,6%	31,9%	29,8%	27,7%	100,00%
	% Wartezeit	4,5%	9,9%	20,0%	31,0%	12,50%
Gesamt	Anzahl	112	151	70	42	375
	% Antwort F15	29,9%	40,3%	18,7%	11,2%	100,00%
	% Wartezeit	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,00%

Zusammenhang zwischen der Wartezeit der Patienten und Frage 16 „Empfanden Sie die Räumlichkeit unserer Endoskopie-Abteilung als angenehm, unangenehm oder weder noch?“

Es zeigte sich eine signifikante Abhängigkeit zwischen den beiden Variablen (Tabelle 19). Patienten mit einer kürzeren Wartezeit (unter 30 Minuten) empfanden die Räumlichkeit der Abteilung eher als angenehm ($p < 0,0005$, Linear-by-Linear-Association).

Tabelle 19: Zusammenhang zwischen Wartezeit und Empfinden der Räumlichkeit

Antwort		Wartezeit in der Abteilung (F10)?				
Frage 16	Statistik	< 10 Min	10-30 Min	30-60 Min	> 60 Min	Gesamt
	Anzahl	89	120	39	25	273
Angenehm	% Antwort F16	32,6%	44,0%	14,3%	9,2%	100,0%
	% Wartezeit	79,5%	79,5%	56,5%	54,3%	72,2%
Unangenehm/ weder noch	Anzahl	23	31	30	21	105
	% Antwort F16	21,9%	29,5%	28,6%	20,0%	100,0%
	% Wartezeit	20,5%	20,5%	43,5%	45,7%	27,8%
Gesamt	Anzahl	112	151	69	46	378
	% Antwort F16	29,6%	39,9%	18,3%	12,2%	100,0%
	% Wartezeit	89	120	39	25	273

3.3 VERGLEICH DER ERGEBNISSE DER GESAMTZUFRIEDENHEIT ZWISCHEN PATIENTEN MIT EINER AUFWENDIGEN ENDOSKOPISCHEN UNTERSUCHUNG UND GASTROSKOPIERTEN PATIENTEN

Die Berechnung der Gesamtzufriedenheit von Patienten mit einer aufwendigen endoskopischen Untersuchung im Vergleich mit gastroskopierten Patienten zeigte, dass die Patienten bei denen eine aufwendige endoskopische Untersuchung durchgeführt wurde signifikant zufriedener mit ihrer Untersuchung waren ($p=0,017$, Mann-Whitney-U-Test). Patienten mit einer aufwendigen Untersuchung erreichten einen Score-Wert von $6,25 (\pm 2,76)$, Patienten, bei denen eine Gastroskopie durchgeführt wurde, einen Score von $5,74 (\pm 2,93)$. Die Ergebnisse der Berechnung der Gesamtzufriedenheit im Vergleich der beiden Patientenkollektive werden in den folgenden Tabellen und Abbildungen dargestellt.

Tabelle 20: Vergleich der Gesamtzufriedenheit der beiden Patientenkollektive

Kollektiv	MW \pm SD (N)	95%-KI
Gastroskopie	5,74 \pm 2,93 (N=352)	[5,43; 6,05]
Aufw. Untersuchung	6,25 \pm 2,76 (N=392)	[5,97; 6,52]

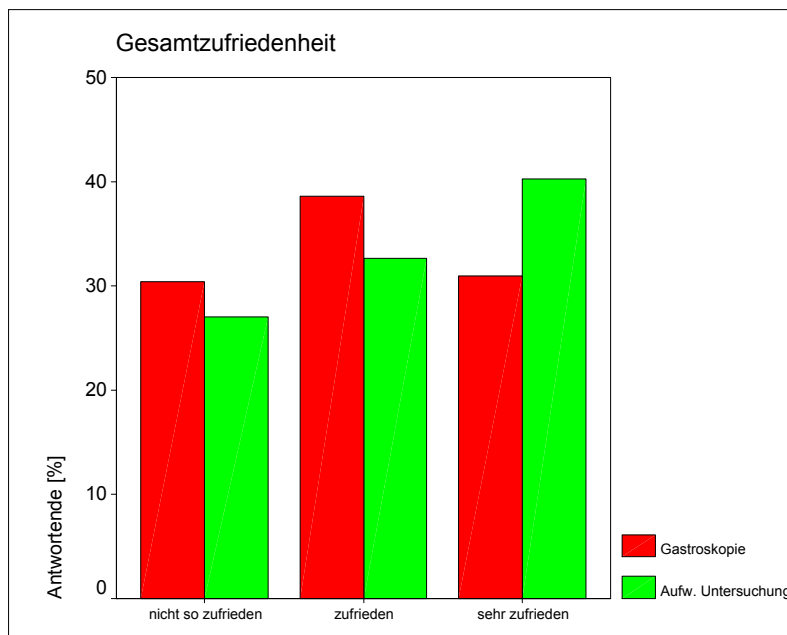


Abbildung 12: Vergleich der Gesamtzufriedenheit der beiden Patientenkollektive

Um festzustellen welche Items zu einem höheren Score und damit zu einer größeren Patientenzufriedenheit der Patienten mit einer aufwendigen Untersuchung führten, wurden die einzelnen Items auf Signifikanzunterschiede mit dem Chi²-Test getestet. Diese Ergebnisse werden in den folgenden Tabellen und Abbildungen dargestellt.

Tabelle 21: Vergleich der Ergebnisse: Warten auf den Termin

Frage 5		Ich musste lange	Ich musste nur	Ich bekam den	Gesamt
		auf einen Termin warten	wenige Tage warten	Termin schnell	
Aufwendige Untersuchung	Anzahl	6	92	287	385
	%	1,6%	23,9%	74,5%	100%
Gastroskopie	Anzahl	2	66	282	350
	%	0,6%	18,9%	80,6%	100%

Die Berechnung des p-Werts des Chi²-Tests auf Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen ergab einen Wert von p=0,097. Es bestand somit kein signifikanter Unterschied (Tabelle 21).

Tabelle 22: Vergleich der Ergebnisse: Angst bei Wiederholung der Untersuchung

Frage 9		mehr	gleich viel	weniger	keine Angst	Gesamt
		Angst	Angst	Angst	mehr	
Aufwendige Untersuchung	Anzahl	8	78	102	199	387
	%	2,1%	20,2%	26,4%	51,4%	100%
Gastroskopie	Anzahl	7	64	91	189	351
	%	2,0%	18,2%	25,9%	53,8%	100%

Die Berechnung dieses p-Werts des Chi²-Tests auf Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen ergab einen Wert von p=0,902. Es bestand somit kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Patientenkollektiven (Tabelle 22).

Tabelle 23: Vergleich der Ergebnisse: Empfinden des Kontakts mit dem Endoskopie-Personal

Frage 13		Wohlthuend /			Gesamt
		Unangenehm	Weder noch	angenehm	
Aufwendige Untersuchung	Anzahl	7	30	355	392
	%	1,8%	7,7%	90,6%	100%
Gastroskopie	Anzahl	10	21	321	352
	%	2,8%	6,0%	91,2%	100%

Die Berechnung ergab einen p-Wert von $p=0,270$. Es bestand somit ebenfalls kein signifikanter Unterschied (Tabelle 23).

Tabelle 24: Vergleich der Ergebnisse: Empfinden des Kontakts mit dem spiegelnden Arzt

Frage 15		Wohlthuend /			Gesamt
		Unangenehm	Weder noch	angenehm	
Aufwendige Untersuchung	Anzahl	11	36	332	379
	%	2,9%	9,5%	87,6%	100%
Gastroskopie	Anzahl	6	50	294	350
	%	1,7%	14,3%	84,0%	100%

Die Berechnung des p-Werts ergab einen Wert von $p=0,086$. Es bestand kein signifikanter Unterschied zwischen beiden Kollektiven (Tabelle 24).

Tabelle 25: Vergleich der Ergebnisse: Empfinden der Räumlichkeit

Frage 16		Unangenehm	Weder noch	Angenehm	Gesamt
		Aufwendige Untersuchung	Anzahl	21	86
%	5,5%		22,5%	72,1%	100%
Gastroskopie	Anzahl	12	64	276	352
	%	3,4%	18,2%	78,4%	100%

Die Berechnung des p-Werts des Chi²-Tests auf Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen ergab einen Wert von $p=0,112$. Es bestand somit kein signifikanter Unterschied (Tabelle 25).

Tabelle 26: Vergleich der Ergebnisse: Atmosphäre während der Spiegelung

Frage 18		Unangenehm	Weder noch	Angenehm	Gesamt
Aufwendige Untersuchung	Anzahl	15	94	269	378
	%	4,0%	24,9%	71,2%	100%
Gastroskopie	Anzahl	16	111	221	348
	%	4,6%	31,9%	63,5%	100%

Die Berechnung dieses p-Werts des Chi²-Tests auf Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen ergab einen Wert von p=0,086. Es bestand kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Patientenkollektiven (Tabelle 26).

Tabelle 27: Vergleich der Ergebnisse: Aufklärung vor der Spiegelung

Frage 21		Gar keine Aufklärung	Schlecht	Ausreichend	Sehr gut	Gesamt
Aufwendige Untersuchung	Anzahl	5	8	136	164	313
	%	1,6%	2,6%	43,5%	52,4%	100%
Gastroskopie	Anzahl	11	11	120	115	257
	%	4,3%	4,3%	46,7%	44,7%	100%

Die Berechnung des p-Werts ergab einen Wert von p=0,075. Es bestand somit kein signifikanter Unterschied zwischen beiden Kollektiven (Tabelle 27, Abbildung 13).

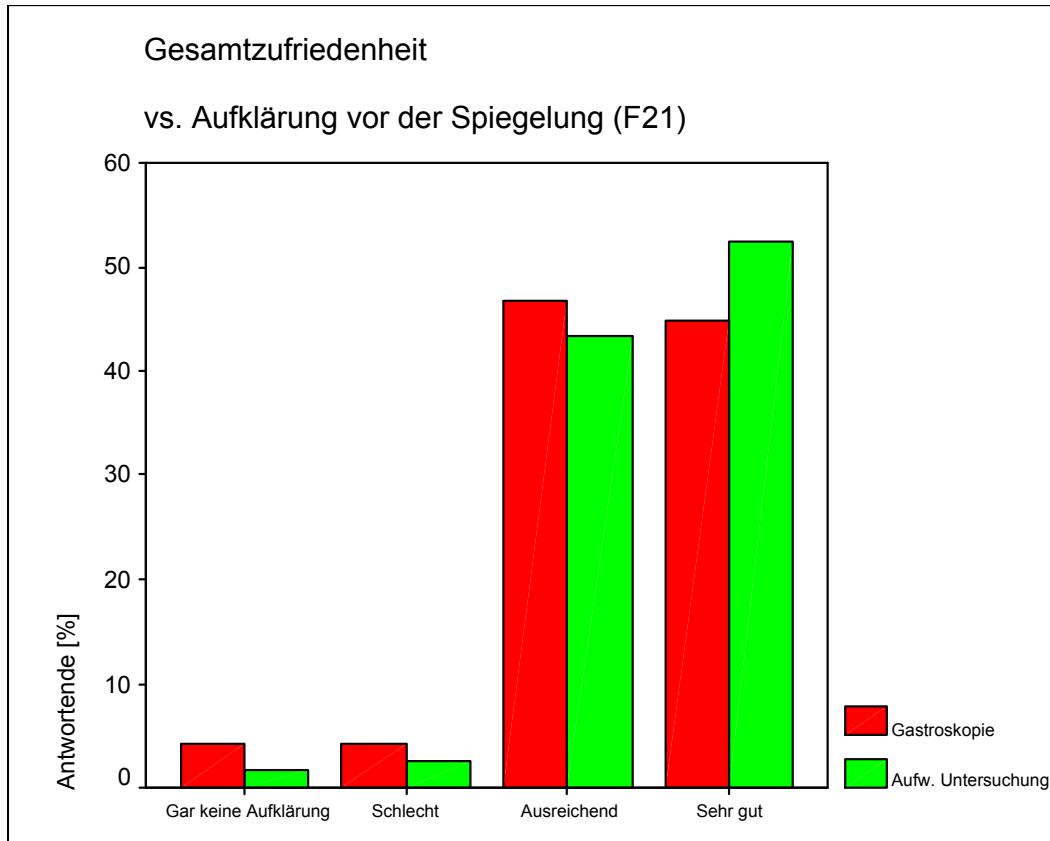


Abbildung 13: Vergleich der Ergebnisse: Aufklärung vor der Spiegelung

Tabelle 28: Vergleich der Ergebnisse: Besprechung des Untersuchungsergebnisses

Frage 25		Nein	Ja, etwas		Gesamt
			knapp	Ja, ausführlich	
Aufwendige Untersuchung	Anzahl	53	128	192	373
	%	14,2%	34,3%	51,5%	100%
Gastroskopie	Anzahl	84	100	160	344
	%	24,4%	29,1%	46,5%	100%

Die Berechnung dieses p-Werts des Chi²-Tests auf Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen ergab einen Wert von p=0,002. Es bestand somit ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Patientenkollektiven (Tabelle 28, Abbildung 14).

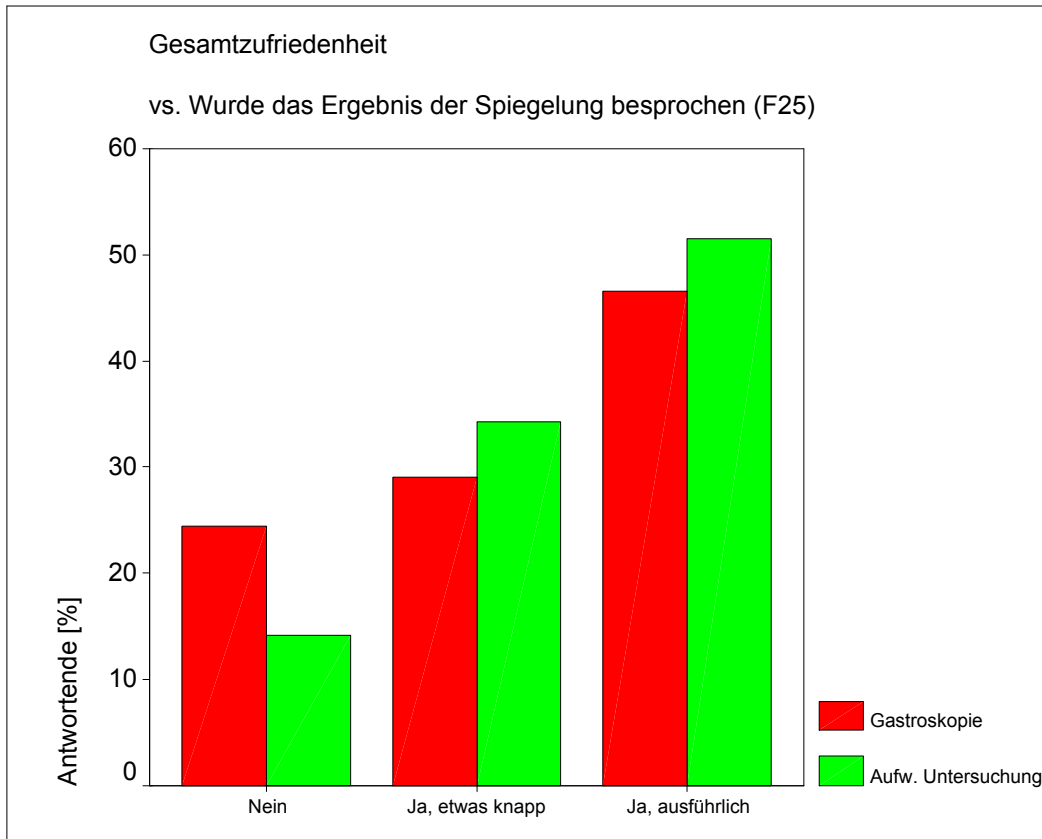


Abbildung 14: Vergleich der Ergebnisse: Besprechung des Untersuchungsergebnisses

3.4 ERGEBNISSE DER FREIEN ANTWORTEN

Die befragten Patienten erhielten die Möglichkeit über freie Antworten Kritik zu üben, Wünsche anzumelden oder Kommentare abzugeben. Durch diese Erhebung von freien Antworten wird ein breites Spektrum von Vorzügen und Schwachstellen sowie kleinen und großen Problemen des Klinikalltags veranschaulicht.

Es folgt ein Auszug der Patientenkommentare deren Reihenfolge der Struktur des Fragebogens (siehe Anhang) entspricht.

Bemerkungen zum Kontakt mit dem Pflegepersonal

Etwa 7,4% der befragten Patienten machten von der Möglichkeit Gebrauch, eine freie Antwort in Bezug auf das Pflegepersonal abzugeben (Tabelle 29). Die Ergebnisse auf die freitextliche Bewertung des Pflegepersonals waren insgesamt sehr positiv ausgefallen (82,8%).

Tabelle 29: Bemerkungen zum Pflegepersonal

	Anzahl der Befragten	Prozent der Befragten	Prozent der Antwortenden
Positive Bemerkungen	24	6,1	82,8
Negative Bemerkungen	5	1,3	17,2
Gesamtbemerkungen	29	7,4	100

Typische positive Patientenkommentare waren beispielsweise:

„Das Pflegepersonal war sehr freundlich und wirkte auf mich sehr beruhigend.“

„Sehr kompetentes und fürsorgliches Endoskopiepersonal.“

„Sehr umsichtiges Personal.“

„Es wurde einem alles erläutert, was gemacht wurde.“

Negative Eindrücke die von Patienten geäußert wurden, waren beispielsweise:

„Die Schwester war häufig durch andere Sachen abgelenkt.“

„Das Personal war nicht sehr gesprächig.“

„Ich wurde beim Lagern nicht unterstützt.“

Bemerkungen zum Kontakt mit der spiegelnden Ärztin/ dem spiegelnden Arzt

Die Ergebnisse, die sich auf die Bewertung des spiegelnden Arztes bezogen, fielen insgesamt positiv aus (Tabelle 30). Es gaben allerdings nur 3,1% der Patienten Kommentare zum spiegelnden Arzt an, von denen 75% als positiv bewertet wurden.

Tabelle 30: Bewertungen zum spiegelnden Arzt

	Anzahl der Befragten	Prozent der Befragten	Prozent der Antwortenden
Positive Bemerkungen	9	2,3	75,0
Negative Bemerkungen	3	0,8	25,0
Gesamtbemerkungen	12	3,1	100

Folgende positive Kommentare wurden beispielsweise genannt:

„Sehr kompetente und umsichtige Art des Arztes.“

„Sehr angenehmer und freundlicher Arzt.“

„Der Arzt wirkte sehr beruhigend auf mich.“

Negative Kommentare waren zum Beispiel:

„Der Arzt stellte sich nicht vor.“

„Ich hätte gerne mehr Informationen vom Arzt während der Spiegelung erhalten.“

Bemerkungen zu der Frage 20 „Was hätte besser sein können? Was hat Ihnen nicht gefallen?“

Etwa 9,4% der befragten Patienten beantworteten diese Frage und machten vorrangig von der Möglichkeit Gebrauch, Verbesserungsvorschläge zu äußern. Die Frage wurde zu 40,5% mit positiven und zu 59,5% mit negativen Kommentaren bewertet (Tabelle 31).

Die genannten freitextlichen Kommentare wurden bestimmten Kategorien wie Pflegepersonal, Ärzte, Organisation, Räumlichkeiten und Sonstiges zugeordnet. Es werden auszugsweise die negativen Bemerkungen aufgeführt.

Tabelle 31: Bemerkungen zu Verbesserungsvorschlägen

	Anzahl der Befragten	Prozent der Befragten	Prozent der Antwortenden
Positive Bemerkungen	15	3,8	40,5
Negative Bemerkungen	22	5,6	59,5
Gesamtbemerkungen	37	9,4	100

Pflegepersonal

„Man konnte Tabakgeruch bei den Schwestern wahrnehmen.“

„Ich wurde von der Schwester im Flur abgestellt.“

Ärzte

„Es sollte ein längeres Gespräch nach der Spiegelung erfolgen.“

„Ich hätte gerne eine bessere Information über meine Erkrankung erhalten.“

Organisation

„Ich musste eine Stunde auf den Rücktransport warten.“

„Eine bessere Aufklärung über den Ablauf wäre wichtig.“

Räumlichkeiten

„Die Räumlichkeiten sind sehr klein.“

„Der Untersuchungsraum war viel zu kalt.“

„Die Wartestühle sind sehr hart.“

Sonstiges

„Das Abführen ist sehr unangenehm.“

„Es waren sehr viele laute Nebengeräusche während der Spiegelung zu vernehmen.“

„Ich hatte große Schmerzen während der Untersuchung.“

Bemerkungen zu der Frage 26 „Empfanden Sie noch irgendetwas anderes bei der Spiegelung als besonders erwähnenswert?“

Diese Frage wurde von 14,5% der Patienten beantwortet, wobei zu 61,4% positive und zu 38,6% negative Kommentare abgegeben wurden (Tabelle 32).

Es wurden ebenfalls wieder die genannten freitextlichen Kommentare bestimmten Kategorien wie Pflegepersonal, Ärzte, Organisation, Räumlichkeiten und Sonstiges zugeordnet. Die negativen Bemerkungen werden auszugsweise aufgeführt.

Tabelle 32: Bemerkungen zu besonders erwähnenswerten Dingen

	Anzahl der Befragten	Prozent der Befragten	Prozent der Antwortenden
Positive Bemerkungen	35	8,9	61,4
Negative Bemerkungen	22	5,6	38,6
Gesamtbemerkungen	57	14,5	100

Pflegepersonal

„Das Pflegepersonal war nicht kommunikativ.“

Ärzte

„Es war nicht möglich mit dem Arzt nach der Spiegelung zu sprechen.“

„Das Gespräch mit dem Arzt fand zwischen Tür und Angel statt.“

„Ich hätte gerne vorher gewusst, von wem ich gespiegelt werde.“

Organisation

„Eine Wartezeit von 2 Stunden ist viel zu lange.“

„Ich musste 45 Minuten auf der Liege bis zum Untersuchungsbeginn warten – eine Zumutung.“

„Ich wurde erst um 14 Uhr zur Untersuchung abgerufen.“

Räumlichkeiten

„Die Räumlichkeiten sind zu primitiv.“

„Es war kein Abfalleimer vorhanden.“

Sonstiges

„Ich hätte gerne während der Spiegelung zugesehen.“

„Die Untersuchung musste wiederholt werden, da ich nicht richtig abgeführt war.“

4 Diskussion

4.1 METHODISCHE ASPEKTE

Bei der Interpretation der Ergebnisse müssen einige methodische Aspekte beachtet werden, die zu Einschränkungen in der Beurteilbarkeit führen können.

Trotz der engagierten und abgestimmten Vorbereitung und der rechtzeitigen Information aller involvierten Mitarbeiter ergaben sich bei der Patientenbefragung einige Untersuchungshindernisse. Zum einen kam es zu Unterbrechungen von Informationswegen, da nach Vorstellung des Fragebogens auf den beteiligten Stationen diese Informationen nicht an alle Mitarbeiter weitergegeben wurden. Des Weiteren kam es zu Motivationsproblemen, da nicht alle Stationsmitarbeiter Sinn und Nutzen einer solchen Patientenbefragung einsahen und die an die Patienten verteilten Fragebögen nicht immer in dem entsprechenden Stationsfach aufbewahrten bis sie abgeholt wurden. Es entstand dadurch ein größerer organisatorischer Aufwand und eine niedrigere Rücklaufquote war die Folge. Obwohl die Rücklaufquote von 74,4% mit denen anderer Studien vergleichbar ist [Schmidt, Meyer, Jahnke, Wollenberg, Schmidt 2009; Ommen, Janssen, Neugebauer, Rehm, Bouillon, Pfaff 2006; Viethen, Dombert, Klinger, Lachmann, Bürk 1997; Seyfarth-Metzger, Satzinger, Lindemeyer 1997], hätte diese bei einem besseren organisatorischen Ablauf höher ausfallen können. Die Patientenzufriedenheitsmessung könnte durch die 25,6% Non-Responder verzerrt sein, da sich möglicherweise unter denjenigen, die die Teilnahme verweigerten bzw. deren Fragebögen nicht aufbewahrt wurden, mehr Kritiker als unter den Befragten befinden könnten [Cleary et al. 1991; Schmidt, Lamprecht, Wittmann 1989].

Bei den Ergebnissen der Patientenbefragung zeigte sich vermutlich auch in der vorliegenden Studie mit überwiegend positiven Antworten, wie beispielsweise zu den Fragen über den Kontakt mit dem Pflegepersonal bzw. mit dem spiegelnden Arzt oder ob sich die Patienten umsorgt gefühlt haben, die bekannten Effekte der sozialen Erwünschtheit und der Erwartungshaltung der Ärzte [Satzinger 2002; Jonitz et al.

2001]. Die Bekanntgabe der Studie beim Ambulanzpersonal ist ebenso als potentieller Biasfaktor zu bewerten.

Der Erhebungszeitpunkt der Befragung spielt bei der Interpretation der Ergebnisse ebenso eine große Rolle. In der Literatur werden poststationäre Erhebungen bevorzugt [Lecher 2002; Satzinger 2002; KTQ-Leitfaden zur Patientenbefragung 2000]. Poststationäre Patientenbefragungen verringern z.B. den Präsenzeffekt des Personals und schließen eine „Aufbruchsstimmung“ vor geplanter Entlassung des Patienten aus. Vorteile von Befragungen während des stationären Aufenthalts sind dagegen die Aktualität der Ereignisse und die Problemrelevanz sowie eine höhere Rücklaufquote der Fragebögen. Ehlers-Gauger et al. stellten im Jahr 2001 keine inhaltlichen Unterschiede bei einem Vergleich per- und poststationärer Befragungsergebnisse fest [Schröder et al. 2004; Ehlers-Gauger, Baumeier, Raspe 2001]. Roberts und Tugwell zeigten dagegen im Jahr 1987 eine deutlichere Verminderung der Patientenzufriedenheit auf, je länger der Krankenhausaufenthalt zurücklag [Roberts und Tugwell 1987]. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen auch Ko et al. in Ihrer Studie zur Patientenzufriedenheit von Endoskopie-Patienten im Jahr 2007 [Ko et al. 2007]. Mögliche Einflussfaktoren die zur Abnahme der Patientenzufriedenheit mit zunehmendem Abstand zur Erstbefragung führen, könnten beispielsweise der Heilungsverlauf oder Äußerungen von Familie und Freunden sein. Ein weiterer Einflussfaktor könnte auch noch eine potentiell vorhandene Rest-Sedierung (in der Regel sedierend, euphorisierend) bei Erstbeantwortung des Fragebogens sein [Ko et al. 2007].

Häufig finden sich bei Patientenbefragungen extrem hohe Zufriedenheitswerte [Ewald et al. 2006; Juhra, Hensen, Pühse, Wollert, Roeder 2005; Jacob und Bengel 2000]. Die stets hohe Zufriedenheit in allgemeinen Fragen schließt jedoch keine negativen individuellen Erfahrungen und Empfindungen aus [Aust 1994]. Bereits kleine Abweichungen von einem hohen Zufriedenheitswert können Defizite in verschiedenen anderen Bereichen aufzeigen [Deck und Böhmer 2001; Schupeta und Hildebrandt 1999; Schulte und Hildebrand 1998].

Um kleine Abweichungen trotz hoher Zufriedenheitswerte in den allgemeinen Fragen zu erfassen, wurde den Patienten anhand von zwei offenen Fragen die Möglichkeit gegeben, Anregungen, Kritik und Fragen zu äußern. Diese Möglichkeit nutzten

jedoch nur 9,4% (Frage 20) bzw. 14,5% (Frage 26) der Befragten. Eine ähnliche Erfahrung wurde bereits in anderen Studien gemacht [Olandt 1998]. Gründe für die Nichtbeantwortung der offenen Fragen könnte mangelndes Interesse an der Befragung oder schlechte geistige oder körperliche Verfassung sein. Ein weiterer Grund könnte auch sein, dass die befragten Patienten durch die Items des Fragebogens alle relevanten Bereiche bereits für diskutiert erachteten. Daraus ließe sich wiederum ableiten, dass der Fragebogen alle wichtigen Aspekte zur Erfassung der Patientenzufriedenheit einer endoskopischen Untersuchung enthalten würde.

Für zukünftige Erhebungen oder Folgestudien sollten die Fragen mit einer einheitlichen Skala (beispielsweise 5-stufigen Likertskala) bewertet werden, um eine vereinfachte Interpretation der Ergebnisse zu ermöglichen. Bei einer Likertskala bilden die Antwortmöglichkeiten für ein Item den Grad der Zustimmung der befragten Person. Die möglichen Antworten sind in der Likertskala aufsteigend angeordnet, aus deren Gesamtheit dann mittels Median der Grad der Einstellung abgebildet werden kann [Rost 1996].

4.2 DISKUSSION DER ERGEBNISSE ZUR GESAMTZUFRIEDENHEIT

Die Erhebung der Gesamtzufriedenheit der Patienten zeigte, dass sich trotz weitgehend positiver Ergebnisse einige Bereiche identifizieren ließen, in denen sich Schwachstellen aufzeigen, wie beispielsweise in den Bereichen der Zufriedenheit über die Information und Aufklärung vor der Spiegelung und über die Zufriedenheit bezüglich der Besprechung des Untersuchungsergebnisses.

Neuere Studien zur Erhebung der Patientenzufriedenheit zeigten, dass strukturierte klinische Abläufe, zu denen auch die Terminvergabe zählt, die Patientenzufriedenheit nachhaltig beeinflussen können [Schuld, Richter, Folz, Jacob, Gräber, Schilling 2008]. Die Befragung nach der Wartezeit auf einen Termin im Rahmen unserer Studie zeigte, dass 23,9% der Patienten einige Tage auf einen Termin warten mussten. Um zukünftig eine effizientere Terminstrukturierung und damit eine schnellere Terminvergabe zu erreichen, könnte es hilfreich sein, bereits bei der ersten Terminvergabe die voraussichtliche Behandlungsdauer und Nachfolgetermine zu berücksichtigen. Daneben könnte auch die Absprache eines schnellen oder

weniger schnellen Termins mit dem Patienten zu einer gesteigerten Zufriedenheit führen.

Patienten, bei denen erneut eine endoskopische Untersuchung durchgeführt werden muss, sollten nach Möglichkeit dem Arzt zugeordnet werden, der den Patienten bereits durch die Voruntersuchung kennt. Dadurch kann eine zielgerichtete Untersuchung erfolgen und unnötige Verzögerungen durch vorheriges Aktenstudium oder Rückfragen entfallen. Es kann somit eine bedarfsgerechte Patienteneinbestellung, die sowohl dem Krankheitsbild des Patienten als auch den Ressourcen der gastroenterologischen Abteilung Rechnung trägt, erreicht werden.

Ergebnisse verschiedener Studien haben gezeigt, dass eine Operation oder eine diagnostische Untersuchung mit einer Reihe von Ängsten und Belastungen einhergeht [Hartmann, Bokemeyer, Zemke, Hueppe, Weigel, Will 2007; Pena, Mardini, Nickl 2005; Giebel und Groeber 2004]. Rizzardo et al. konnten zeigen, dass Ängstlichkeit mit negativen Krankheitsüberzeugungen und Bewältigungsstrategien einhergeht, von denen bekannt ist, dass diese sich ungünstig auf die Compliance auswirken [Rizzardo, Borgherini, Cappelletti 1991]. In der vorliegenden Erhebung zeigte sich, dass immerhin noch 22,3% der Patienten gleich viel oder mehr Angst vor einer neuerlichen Spiegelung hätten. Anhand dieser Ergebnisse wird ersichtlich, dass trotz einer zufriedenen Gesamtbeurteilung eine gut organisierte, angenehme und schmerzfreie Untersuchung äußerst wichtig ist, um zukünftig weiterhin Patienten anzuregen beispielsweise eine zweite Früherkennungskoloskopie im Intervall durchführen zu lassen.

Die Frage nach der pflegerischen und ärztlichen Betreuung wurde von den Patienten mit sehr hohen Zufriedenheitswerten beantwortet. In Untersuchungen zur Patientenzufriedenheit zeigte sich, dass die ärztliche und pflegerische Betreuung eine der wichtigsten Merkmale für die Gesamtzufriedenheit sind [Ko, Zhang, Telford, Enns 2009; Schmidt, Möller, Malchow, Meyer, Schmidt, Küchler 2009; Hensen et al. 2006; Schanz 2006; Juhra et al. 2005; Yacavone, Locke, Gostout, Rockwood, Thieling, Zinsmeister 2001]. Eine qualitativ hochwertige ärztliche und pflegerische Betreuung bzw. Versorgung wird von den Patienten allerdings auch vorausgesetzt [Born 2001]. Die etwas bessere Bewertung des Pflegepersonals ist vermutlich auf die größere Präsenz am Patienten, wie einige Studien aus den USA feststellen konnten, zurückzuführen [Latham, Hogan, Ringl 2008; Wagner und Reid 2007; Friedmann und Berger 2004; Meterko, Mohr, Young 2004; Aiken, Clarke, Cheung, Sloane, Silber

2003]. Auch die überwiegend weiblichen Arbeitskräfte sollen Einfluss auf die vermehrte Zufriedenheit der Patienten im Hinblick auf das Pflegepersonal haben [Stutz und Ceschi 2007].

Attraktive und effiziente Gebäudestrukturen wirken sich positiv auf die Patientenzufriedenheit aus [Schmidt et al. 2009; Friedmann und Berger 2004; Olandt und Krentz 1998]. In der vorliegenden Erhebung zeigten sich die befragten Patienten als zufrieden mit den vorhandenen Räumlichkeiten, obwohl es sich hierbei zwar um renovierte, in der Struktur aber alte Gebäude aus der Nachkriegszeit handelte. Nach Abschluss der Patientenbefragung erfolgte ein kompletter Umbau (Modernisierung) der Räumlichkeiten der endoskopischen Abteilung, so dass anzunehmen ist, dass zukünftig die Zufriedenheit mit den Räumlichkeiten eher positiver ausfallen könnte. Solche Umbau- und Modernisierungsmaßnahmen sind enorm wichtig, da sich bei einem Instandhaltungsstau im Vergleich zu anderen Krankenhäusern die Kundenpräferenzen sofort ändern [Schmidt, Möller, Hart, Gabbert, Bauer 2007; Schmidt et al. 2003].

Das Empfinden über die Atmosphäre während der Spiegelung wird sicherlich von verschiedenen Faktoren wie beispielsweise der Betreuung oder der Schmerzintensität beeinflusst. 71,2% der befragten Patienten empfanden die Atmosphäre während der Untersuchung als angenehm und waren somit zufrieden mit der Spiegelung. Für zukünftige Befragungen wäre sicherlich interessant zu wissen, ob beispielsweise die Anwesenheit von Studierenden, Musik im Untersuchungsraum oder Bilder an den Wänden das Zufriedenheitsergebnis über die Atmosphäre während einer Spiegelung beeinflusst.

Die Fragen zur Aufklärung vor der Spiegelung sowie zur Besprechung des Untersuchungsergebnisses nach erfolgter Spiegelung zeigten, dass eine hohe Zufriedenheit bei diesen Punkten zu einer deutlichen Score-Erhöhung und damit zu einer deutlich höheren Gesamtzufriedenheit beitragen kann. Verschiedene Studien [Del Rio, Baudet, Fernandez, Morales, Socas 2007; Ommen et al. 2006; Kröhn et al. 2004; Brown, Boles, Mullooly, Levinson 1999; Williams, Weinman, Dale 1998] haben gezeigt, dass die Patientenzufriedenheit erheblich von der Arzt-Patienten-Kommunikation sowie der Information und Aufklärung vor einer Untersuchung abhängt. Die Dauer des Aufklärungsgesprächs korreliert mit der fachlichen Kompetenz der Ärzte, mit der Zufriedenheit bezüglich zeitlicher Abläufe und mit der Gesamtzufriedenheit [Schuld et al. 2011; Ko et al. 2009; Lin et al. 2001; Dugdale,

Epstein, Pantilat 1999]. Müller und Kornemann zeigten, dass neben dem primären Ziel, dem Patienten einen Überblick über die Untersuchung zu geben, die Erinnerung an die erläuterten Risiken dafür ausschlaggebend ist, wie ein Patient auf eine sich verwirklichende Komplikation reagiert [Müller und Kornemann 1990]. Zu dem wirkt sich das Aufklärungsgespräch durch Vertrauensbildung präventiv im Hinblick auf die Beurteilung und Zufriedenheit von möglichen Untersuchungsmisständen aus [Kayser, v. Harder, Friemert, Scherer 2006]. Bytzer und Lindeberg zeigten in einer Untersuchung zur Patientenzufriedenheit nach erfolgter Koloskopie, dass ein zuvor gezeigtes Informations-Video über eine Koloskopie keinen Einfluss auf die Patientenzufriedenheit bei der abgelaufenen Untersuchung hat [Bytzer und Lindeberg 2007]. Demnach ist, wie in den oben erwähnten Studien, ein ausführliches persönliches Informations- und Aufklärungsgespräch und die ausführliche Besprechung des Untersuchungsergebnisses von Nöten, um zukünftig höhere Gesamtzufriedenheitswerte zu erzielen.

4.3 DISKUSSION DER ERGEBNISSE ZU DEN ZUSAMMENHANGSBERECHNUNGEN

Laut verschiedenen Ergebnissen wird die Patientenzufriedenheit unter anderem von soziodemographischen Merkmalen wie beispielsweise dem Alter der Patienten beeinflusst [Cleary und McNeil 1988; Pascoe 1983].

In der vorliegenden Erhebung der gastroenterologischen Abteilung des Universitätsklinikums in Gießen entfielen die meisten Patienten auf die Gruppe der über 60-jährigen. Die Gründe für diesen Altersgipfel in der Gruppe der über 60-jährigen könnte zum einen in der demographischen Bevölkerungsentwicklung, also in der Zunahme von älteren Menschen, und zum anderen an dem gehäuften Auftreten von gastroenterologischen Krankheitsbildern im höheren Alter liegen. Zudem wurde im Oktober 2002 die hohe Koloskopie für asymptomatische Patienten ab dem 55. Lebensjahr in das deutsche Darmkrebs-Vorsorge-Programm aufgenommen.

Studien, in denen die Zufriedenheit zwischen jüngeren und älteren Patienten verglichen wurde, kamen zu dem Ergebnis, dass ältere Patienten generell höhere Zufriedenheitswerte hatten als jüngere [Schmidt et al. 2009; Vieder 2002; Tisch, Schettlin, Maier 2002; Frank und Vécsei 2001; Baberg et al. 2001; Bortz und Döring 1995; Arnold und Lang 1994; Enfors und Smedby 1993; Kirsch und Thilo 1991;

Locker und Dunt 1978]. Bei den älteren Patienten steht eine passive Patientenrolle im Vordergrund, bedingt durch eine größere Autoritätshörigkeit und der Tendenz, eher die soziale Erwünschtheit erfüllen zu müssen. Zudem zeigten verschiedene Studien, dass gerade ältere Patienten – trotz Anlass – tendenziell häufiger auf eine Beschwerde oder negative Kritik verzichten [Riechmann, Günther, Blättner 2008; Carroll, Cooper, Blackford, Hickson 2005; Fürst 2005; Johnson und Bament 2002]. Jüngere Patienten sind dagegen zu einer kritischeren Haltung mit hohen Ansprüchen an die Gesundheit erzogen worden [Dreier 1999; Wüthrich-Schneider 1998; Blum 1998; Wengle 1998; Aust 1994; Rosner 1993; Pascoe 1983]. In der vorliegenden Erhebung bestätigten sich diese Ergebnisse. Es bestand ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Alter der Patienten und der Gesamtzufriedenheit. Die Altersgruppe der über 60-jährigen Patienten war insgesamt deutlich zufriedener. Wie bereits erwähnt, stehen Angst und Belastung vor einer diagnostischen Untersuchung in engem Zusammenhang. In der Befragung der endoskopierten Patienten zeigte sich, dass Patienten mit zunehmendem Lebensalter signifikant weniger Angst vor einer Spiegelung oder Angst vor Komplikationen angaben. Ko et al. zeigten in ihrer Studie zur Patientenzufriedenheit von Endoskopie-Patienten im Jahr 2009 auf, dass Patientenangst vor und während einer Spiegelung nicht mit der Patientenzufriedenheit assoziiert ist [Ko et al. 2009]. Trotz dieser Ergebnisse von Ko et al. wird jedoch anhand der gewonnenen Daten ersichtlich, dass insbesondere auf die Angst vor einer Spiegelung von jüngeren Patienten eingegangen werden sollte. Mögliche angstreduzierende Maßnahmen wie beispielsweise das Hören von Musik vor und während einer endoskopischen Untersuchung zeigten in verschiedenen Studien gute Ergebnisse [López-Cepero et al. 2004; Salmore und Nelson 2000; Hayes, Buffrum, Lanier, Rodahl, Sasso 2003]. Gerade jüngere Patienten sollten bereits bei der Terminvergabe auf die Möglichkeit hingewiesen werden, vor und während der Untersuchung selbstgewählte Musik über Kopfhörer hören zu können. Die Ergebnisse der Zusammenhangsberechnung zwischen der Gesamtzufriedenheit und dem Empfinden der Spiegelung zeigte keine signifikante Abhängigkeit. Die weiteren Zusammenhangsberechnungen zeigten jedoch auf, dass Patienten die eine negative und unangenehme Erfahrung mit endoskopischen Untersuchungen haben, die neuerliche Spiegelung ebenfalls wieder häufiger als unangenehm empfanden. Das Schmerzen und unangenehme Erfahrungen Einflussfaktoren auf die Patientenzufriedenheit sind, wurde bereits in verschiedenen Studien gezeigt [Ko et

al. 2009; Ronertsson und Dunnbar 2001; Jamison et al. 1997; Anderson, Wixson, Tsai 1996]. Die Ergebnisse dieser Studien sowie die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigten wie wichtig und entscheidend die Zufriedenheit über eine durchgeführte Spiegelung ist, gerade in Bezug auf mögliche neuerliche endoskopische Untersuchungen, um letztendlich auch eine hohe Akzeptanz zu erreichen.

Andere Studien demonstrierten, dass die Patientenzufriedenheit und die medizinische Behandlung im direkten Zusammenhang mit der Wartezeit auf den behandelnden Arzt steht [Schmidt et al. 2009; Del Rio et al. 2007; Hensen et al. 2006; Bar-dayan, Leiba, Weiss, Carroll, Benedek 2002], wobei der Patient sehr wohl in der Lage ist, seine eigene Wartezeit richtig einzuschätzen [Dansky und Miles 1997]. Eine längere Wartezeit beeinflusst allerdings nicht nur die Gesamtzufriedenheit, sondern insbesondere auch die Arzt-Patienten-Beziehung [Niederau, Bemba, Kautz, Bertram, Schweizer, van Thiel 2010]. In der vorliegenden Erhebung zeigte sich, dass Patienten mit einer Wartezeit von bis zu 30 Minuten auf die Spiegelung eine signifikant höhere Gesamtzufriedenheit angaben, als Patienten mit einer längeren Wartezeit. Auch wenn Wartezeiten in einer großen Klinik fast nicht zu vermeiden sind [Camacho, Anderson, Safrit, Jones, Hoffmann 2006], so werden sie eher akzeptiert, wenn die Gründe für Wartezeiten den wartenden Patienten erklärt werden [Schmidt et al. 2009; JACHO 1989].

Dass die Wartezeit der Patienten ein wichtiger Einflussfaktor auf die Zufriedenheit ist, zeigte sich auch anhand der Ergebnisse zur Berechnung der Zusammenhänge zwischen der Wartezeit und dem Personal bzw. den Räumlichkeiten. Die jeweiligen höheren Zufriedenheitswerte bei Wartezeiten unter 30 Minuten sollten Ansporn sein, einen möglichst perfekten Ablauf vor einer Untersuchung zu gestalten. Um Ursachen für lange Wartezeiten zu erfassen, könnte es hilfreich sein, eine konsequente Protokollierung aller Wartezeiten durchzuführen und diese anschließend in einer Folgestudie zu analysieren.

4.4 VERGLEICH DER ERGEBNISSE ZU GASTROSKOPIERTEN PATIENTEN

Im Vergleich der beiden Patientenkollektive aufwendige Endoskopie und Gastroskopie zeigte sich, dass Patienten mit einer aufwendigen endoskopischen Untersuchung eine signifikant höhere Gesamtzufriedenheit erreichten als

gastroskopierte Patienten. Betrachtet man die jeweiligen Items zur Berechnung der Gesamtzufriedenheit so zeigte sich, dass die Patienten mit einer aufwendigen Untersuchung in nur einem Item (nämlich dem der Zufriedenheit bezüglich der Besprechung des Untersuchungsergebnisses) signifikant zufriedener waren ($p \leq 0,05$). Dass es trotzdem zu einem signifikanten Gesamtunterschied der beiden Kollektive kam, erklärt sich dadurch, dass andere Items in der Berechnung auf Unterschiede in den beiden Patientenkollektiven jeweils nur knapp unterhalb des Signifikanzniveaus waren (p zwischen 0,05 und 0,1).

Die beiden größten Unterschiede in den Kollektiven zeigten sich in den Fragen nach der Zufriedenheit über die Information und Aufklärung vor der Spiegelung und über die Zufriedenheit bezüglich der Besprechung des Untersuchungsergebnisses. Wie schon in der Diskussion der Gesamtzufriedenheit erläutert, zeigte sich anhand dieser Items, dass Patientenzufriedenheit in hohem Maße von der Arzt-Patienten-Kommunikation und der Dauer der Aufklärungsgespräche abhängt. Um zukünftig eine noch genauere Analyse dieser beiden oben genannten Items durchführen zu können, wäre es interessant und hilfreich zu wissen, wie viel Zeit für ein Aufklärungsgespräch über die geplante endoskopische Untersuchung und die Besprechung des Untersuchungsergebnisses seitens der behandelten Ärzte investiert wird. In Zeiten wachsender administrativer Tätigkeiten für Ärzte und Pflegende bei gleichem oder sogar höherem Patientenaufkommen ist der Aspekt der intensiveren Kommunikation mit den Patienten allerdings kritisch zu betrachten. Trotz allem bleibt die Art und Weise, in der sich ein Arzt dem Patienten gegenüber verhält (z.B. Geduld, Empathie und Menschlichkeit) und wie viel Zeit er sich für den Patienten nimmt, eine entscheidende Rolle in der ärztlichen Betreuung. Patienten verlangen mit Recht, dass man sie als Betroffene informiert um auch selbstverantwortlich entscheiden zu können [Gramsch, Hoppe, Jonitz, Richter-Reichhelm, Ollenschläger 2003]. Qualitätsbewusste Patienten bewerten nicht nur die erhaltene medizinische Versorgung, sondern immer mehr auch die Qualität von Kommunikation und Information. Gute kommunikative Fähigkeiten von Ärzten und Pflegenden machen die persönliche Art der medizinischen Behandlung aus und erzeugen bzw. steigern die Zufriedenheit der Patienten [Cleary und McNeil 1988].

Ein weiterer Ansatz für die Unterschiede in der Bewertung der Gesamtzufriedenheit von den beiden Patientenkollektiven könnte in der Altersstruktur der befragten Patienten begründet sein. Der Anteil der unter 60-jährigen Patienten ist bei den

gastroskopierten Patienten wesentlich höher, was sicherlich anhand der Erkrankungsbilder zu erklären ist. Wie bereits in der Diskussion der Zusammenhangsberechnungen beschrieben, zeigen ältere Patienten generell höhere Zufriedenheitswerte als jüngere [Schmidt et al. 2009; Vieder 2002; Tisch et al. 2002; Frank und Vécsei 2001; Baberg et al. 2001; Bortz und Döring 1995; Arnold und Lang 1994; Enfors und Smedby 1993; Kirsch und Thilo 1991; Locker und Dunt 1978]. Auch hier zeigte sich wieder, dass gerade jüngere Patienten mit einer kritischen Haltung gegenüber medizinischen Untersuchungen und hohen Ansprüchen an die Gesundheit [Dreier 1999; Wüthrich-Schneider 1998; Blum 1998; Wengle 1998; Aust 1994; Rosner 1993; Pascoe 1983] ausführliche Informationen und Aufklärungen über geplante Untersuchungen und Maßnahmen benötigen, um eine weitere Verbesserung der Gesamtzufriedenheit zu erzielen.

4.5 SCHLUSSFOLGERUNGEN

Der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen hat sich in seinen Gutachten in den letzten Jahren nachdrücklich für mehr Patientenorientierung in der Versorgung ausgesprochen [Sachverständigenrat im Gesundheitswesen 2003]. Eine Forderung, die von der Politik in zahlreichen Gesetzesvorhaben in den letzten Jahren umgesetzt wurde, indem sie den Patienten vermehrt in den „Mittelpunkt“ im Gesundheitswesen gestellt hat. Zudem führen Marktmechanismen und Wettbewerb im Gesundheitswesen heute zu einer stärkeren Fokussierung auf die wesentlichen Nachfrager der medizinischen Leistungen – die Patienten [Kirschner, Witzleb, Eberlein-Gonska, Krummenauer, Günther 2007; Quist, Dieckmann-Stöcklein, Bröcker, Weyandt 2007; Schmidt et al. 2007]. Dabei sind zunehmend auch die Wünsche der Patienten „als Kunden“ von Interesse, nicht zuletzt weil neben der medizinischen Leistung auch die Service- und Prozessqualität wie beispielsweise die Wartezeit und Information und Aufklärung über Untersuchung und Untersuchungsergebnis stärker wahrgenommen werden [Helbig, Helbig, Knecht, Kahla-Witzsch, Gstöttner 2007; Camacho et al. 2006]. Durch Einbezug der Patientenerfahrungen kann der Arzt vermehrt auf die Prioritäten und Bedürfnisse seiner Patienten Rücksicht nehmen [Künzl 2002]. Hinweise auf patientenseitig erlebte Qualitätsunterschiede führen zudem zu einer Sensibilisierung aller Mitarbeiter [Lecher 2002]. Die in den Befragungen dargestellte Unzufriedenheit der Patienten

liefert wichtige Informationen und Erkenntnisse für neue Strategien zur Verbesserung der Qualität in einer Abteilung. Werden diese Informationen und Erkenntnisse verwendet um eventuelle Defizite in der Patientenversorgung aus Patientensicht aufzudecken, so stellen diese Informationen einen wichtigen Teil eines Qualitätserhaltungs- und Verbesserungsprozesses dar.

Ein weiterer bisher allerdings noch wenig beachteter Nutzen von Patienten- und Kundenbefragungen liegt in der Verwendung der Ergebnisse für die Mitarbeiter einer Abteilung (z.B. zur Motivationsschub bei guten Ergebnissen).

In der vorliegenden Studie wurde zudem deutlich, dass sich die größten Probleme auf die kommunikative und organisatorische Ebene beziehen. Es bleibt zu überlegen, wie dem Bedürfnis nach umfassender Information und Aufklärung Rechnung getragen werden kann. Diesem Bedürfnis der Patienten kann letztendlich nur durch ein strukturiertes Aufklärungsgespräch zur bevorstehenden Untersuchung mit anschließender ausführlicher Befundbesprechung begegnet werden.

Die in dieser Erhebung gewonnenen Patientendaten sollten zunächst als eine Bestandsaufnahme dienen, um eine Grundlage für das Erkennen von Problembereichen und Einleitung von Verbesserungsmaßnahmen in der gastroenterologischen Abteilung zu schaffen. Durch regelmäßige Patientenbefragungen sollten zukünftig Vergleiche möglich sein, um die Wirksamkeit und die Nachhaltigkeit von Verbesserungsmaßnahmen beurteilen zu können. Die Stärke dieser Patientenbefragung liegt somit im klinikinternen Vergleich bzw. in der Analyse im zeitlichen Verlauf.

Die mit dieser Patientenbefragung verbundenen Zielsetzungen im Hinblick auf das Erkennen und Aufzeigen von Schwachstellen in der gastroenterologischen Abteilung der Universität Gießen sind erreicht worden. Diese Erhebung stellt somit einen wertvollen Baustein im Gesamtkonzept des Qualitätsmanagement dar.

5 Zusammenfassung/ Summary

Nach einer Vorgabe der Gesundheitsministerkonferenz aus dem Jahre 1999 ist das geforderte Qualitätsmanagement regelmäßig mit Patientenbefragungen zu verbinden, um mögliche Veränderungen zu erkennen und um initiierte Qualitätssicherungsmaßnahmen überprüfen zu können.

In der vorliegenden Arbeit sollte die Patientenzufriedenheit in der gastroenterologischen Abteilung des Universitätsklinikums Gießen als Bestandteil der Qualitätssicherung mit Hilfe einer Patientenbefragung ermittelt werden. Um zur Qualitätssicherung aktiv beizutragen sowie Stärken und Schwächen im Ablauf der zu endoskopierenden Patienten aufzuzeigen, wurden die Patienten aufgefordert, ihre Erfahrungen und Erwartungen bezüglich ihrer Untersuchung einzubringen. Anhand dieser Ergebnisse sollten Faktoren identifiziert werden, welche mit hoher Wahrscheinlichkeit einen Einfluss sowohl auf die Zufriedenheit als auch auf die Unzufriedenheit mit dem Ablauf von endoskopischen Untersuchungen haben. In dieser Arbeit wurden die Aussagen der Patienten untersucht, die eine aufwendige endoskopische Untersuchung (Koloskopie oder ERCP) erhielten.

Im Rahmen der Untersuchung wurde ein abgewandelter Fragebogen eingesetzt, der von Dr. J. Schmeck-Lindenau am Zentralkrankenhaus Reinkenheide in Bremerhaven speziell für die gastroenterologische Abteilung entwickelt und im Jahr 2003 publiziert wurde [Schmeck-Lindenau 2003]. Der Inhalt des Fragebogens bezog sich auf folgende Themenbereiche: Angaben zur Person, Organisation von Abläufen, pflegerische und ärztliche Betreuung und Informationen und Aufklärung von medizinischen Fragen und Untersuchungen. Von den im Erfassungszeitraum Januar bis Dezember 2006 1000 ausgegebenen Fragebögen konnten insgesamt 744 Fragebögen ausgewertet werden, was einer Rücklaufquote von 74,4% entspricht.

Die Erfassung der Daten zur Untersuchung der Patientenzufriedenheit erfolgte mit der Software „Statistical Package for the Social Sciences“ (SPSS) für Windows Version 11.5 und Windows XP. Die statistische Auswertung der Patientendaten erfolgte mit dem Linear-by-Linear-Association-Test, Mann-Whitney-U-Test und dem Chi²-Test.

Die Erhebung der Gesamtzufriedenheit der Patienten zeigte, dass sich trotz weitgehend positiver Ergebnisse (Gesamtzufriedenheitswert von 6,25 bei einer Range von +10 bis -10) einige Bereiche identifizieren ließen, in denen sich Schwachstellen aufzeigten. Dies betraf vor allem den Bereich der Zufriedenheit über die Information und Aufklärung vor der Spiegelung (lediglich 52,4% der Befragten antworteten, dass sie eine sehr gute Aufklärung vor der Untersuchung erhielten) und die Zufriedenheit bezüglich der Besprechung des Untersuchungsergebnisses (nur mit 51,5% der Patienten wurde das Untersuchungsergebnis ausführlich besprochen). Weiterhin zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Alter der Patienten und der Gesamtzufriedenheit. Die Altersgruppe der über 60-jährigen Patienten war insgesamt deutlich zufriedener mit der durchgeführten Spiegelung, zudem hatte diese Altersgruppe signifikant weniger Angst vor einer Spiegelung oder Komplikationen. Ein weiterer wichtiger Einflussfaktor auf die Zufriedenheit war die Wartezeit der Patienten auf die Untersuchung. So gaben Patienten mit einer Wartezeit von bis zu 30 Minuten auf die Spiegelung eine signifikant höhere Gesamtzufriedenheit an und waren signifikant zufriedener mit dem Personal und den Räumlichkeiten der Abteilung. Dagegen bestand keine signifikante Abhängigkeit zwischen dem Empfinden der Spiegelung und der Gesamtzufriedenheit. Weitere Zusammenhangsberechnungen zeigten jedoch auf, dass Patienten die eine negative und unangenehme Erfahrung mit endoskopischen Untersuchungen hatten, die neuerliche Spiegelung ebenfalls wieder häufiger als unangenehm empfanden.

Die Berechnung der Gesamtzufriedenheit von Patienten mit einer aufwendigen endoskopischen Untersuchung im Vergleich mit gastroskopierten Patienten zeigte, dass die Patienten bei denen eine aufwendige endoskopische Untersuchung durchgeführt wurde signifikant zufriedener mit ihrer Untersuchung waren ($p=0,017$, Mann-Whitney-U-Test). Patienten mit einer aufwendigen Untersuchung erreichten einen Score-Wert von 6,25 ($\pm 2,76$), Patienten, bei denen eine Gastroskopie durchgeführt wurde, einen Score von 5,74 ($\pm 2,93$). Es zeigte sich, dass größte Unterschiede zwischen den beiden Kollektiven in den Fragen nach der Zufriedenheit über die Information und Aufklärung vor der Spiegelung und über die Zufriedenheit bezüglich der Besprechung des Untersuchungsergebnisses bestand.

In der vorliegenden Studie zeigte sich somit, dass sich die größten Probleme der Patientenzufriedenheit auf die kommunikative und organisatorische Ebene beziehen. Diesen Bedürfnissen der Patienten kann letztendlich nur durch eine gut organisierte

Abteilung und ein strukturiertes Aufklärungsgespräch zur bevorstehenden Untersuchung mit anschließender ausführlicher Befundbesprechung trotz wachsender administrativer Tätigkeiten für Ärzte und Pflegende bei gleichem oder sogar höherem Patientenaufkommen begegnet werden.

Die in dieser Erhebung gewonnenen Patientendaten sollten zunächst als eine Bestandsaufnahme dienen, um eine Grundlage für das Erkennen von Problembereichen und Einleitung von Verbesserungsmaßnahmen in der gastroenterologischen Abteilung zu schaffen.

Die vorliegende Untersuchung stellt somit einen wertvollen Baustein im Gesamtkonzept des Qualitätsmanagement dar.

The conference of health ministers published guidelines concerning quality management in 1999. These guidelines require that quality management should be linked to patient interviews in order to identify changes and to check arrangement of quality assurance that have been initiated. The aim of this study was to determine patient satisfaction with the help of a patient questionnaire as part of a quality assurance project at the department of Gastroenterology, University Hospital, Giessen. In order to actively participate in the quality assurance project and to show strength and weaknesses during the course of the endoscopy procedures, patients who underwent endoscopy were asked to report their expectations and experiences. The results were supposed to identify factors, which influence patient satisfaction/dissatisfaction with the endoscopic procedure. In order to accomplish this, we analyzed questionnaires from patients that underwent complex endoscopic procedures (Colonoscopy or ERCP).

During this investigation, a modified questionnaire was used, which was developed by Dr. J. Schmeck-Lindenau specially for the gastroenterology department at the Zentralkrankenhaus Reinkenheide, Bremerhaven and published in 2003 [Schmeck-Lindenau 2003]. The questionnaire encompassed the following topics/issues: personal data, issues concerning the logistics of the examination, medical care through nurses and physicians, patient education about medical questions and the procedure. From January to December 2006, 1000 questionnaires were distributed.

Of these, 744 questionnaires returned and were analyzed. This is consistent with a return of 74.4%.

The results of the patient satisfaction project were gathered using the “Statistical package of Social Sciences” software (SPSS) for Windows version 11.5 and Windows XP. For the statistic analyses of the results, the Linear-by-Linear-Association-Test, Mann-Whitney-U-Test, and Chi²-Test were used.

The investigation for patient satisfaction showed that the overall patient experience was positive (cumulative satisfaction value of 6.25, with a scale ranging from +10 to -10). A few areas were identified that showed poor performance. These areas included patient education prior to the procedure (merely 52.4% of patients received very good patient education prior to the endoscopy) and a detailed discussion of endoscopy results (only 51.5% a detailed discussion of their endoscopy result). We determined a correlation between the age of patients and their cumulative satisfaction (overall satisfaction). Patients of 60 years and older had a higher satisfaction level in regards to the endoscopic procedure, were less afraid about the procedure itself and potential complications. Further, the waiting time prior to endoscopy was another important factor influencing patient satisfaction. Patients with waiting times of 30 minutes or less, showed a significantly higher level of cumulative satisfaction, and were more pleased with the endoscopy personnel and facilities. But no significant correlation was noted between the overall satisfaction and the way the endoscopic exam was perceived. However, further investigation showed that patients who had negative experience during their endoscopic exam, were more likely to have a negative experience with any subsequent endoscopic procedure.

The cumulative patient satisfaction of patients undergoing a complex endoscopic exam compared to patients undergoing a gastroscopy was significantly higher ($p=0.017$, Mann-Whitney-U-Test). Patients undergoing a complex endoscopic exam archived a score of 6.25 (± 2.76), compared to a score of 5.74 (± 2.93) for patients with gastroscopy. These two groups exhibited a great difference concerning satisfaction regarding patient education about the endoscopic procedure and detailed discussion about the endoscopy results.

This study demonstrated that communication and logistical aspects were the main problems influencing patient satisfaction. This might be addressed with a well organized department, a structured patient education prior to the exam, and detailed

discussion of endoscopy findings afterwards (despite the increasing demands of administrative duties for nurses and physicians).

The data gained on patient satisfaction should give a baseline to recognize problem areas and to institute improvements within the department of gastroenterology. Therefore this study is a valuable building block for the master plan of quality management.

6 Literaturverzeichnis

Aiken LH, Clarke SP, Cheung RB, Sloane DM, Silber JH. Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *JAMA* 2003; 290:1617-1623.

Anderson JG, Wixson RL, Tsai D. Functional outcome and patient satisfaction in total knee patients over the age 75. *J Arthroplasty* 1996; 11(7):831-840.

Arnold K, Lang E. Patientenzufriedenheit mit der Arzt-Patienten-Beziehung. Hamburg-Mannheimer-Stiftung für Informationsmedizin. Reihe sozialwissenschaftlicher Daten der Hamburg-Mannheimer-Stiftung für Informationsmedizin. Hamburg 1994; 9.

Aust B. Zufriedene Patienten? Eine kritische Diskussion von Zufriedenheitsuntersuchungen in der gesundheitlichen Versorgung. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung Berlin 1994.

Baberg HT, Jäger D, Bojara W, Lemke B, von Dryander S, de Zeeuw J, Barmeyer J, Kugler J. Erwartungen und Zufriedenheit von Patienten während eines stationären Krankenhausaufenthaltes. *Das Gesundheitswesen* 2001; 63:297-301.

Bar-dayan Y, Leiba A, Weiss Y, Carroll JS, Benedek P. Waiting time is a major predictor of patient satisfaction in a primary military clinic. *Mil Med* 2002; 167:842-845.

Barraclough JP, Ellis D, Proops DW. A new method of construction of obturators for nasal septal perforations and evidence of outcomes. *Clin Otolaryngol* 2007; 32:51-54.

Beimert U. Quality management in the otolaryngology practice. *HNO* 2006; 54:347-352.

Beske F. Qualitätssicherung - Einführung und gesetzliche Grundlagen. Das Gesundheitswesen 1992; 54:503-510.

Blum K. Patientenbefragung als Instrument zur Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren im Krankenhaus. Schriftenreihe. Wissenschaft und Praxis der Krankenhausökonomie. Hrsg. Deutsches Krankenhausinstitut e. V. Bd. I. Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH, Düsseldorf 1995.

Blum K. Patientenzufriedenheit bei ambulanten Operationen. Weinheim, München: Juventa, 1998.

Blum K, Buck R, Satzinger W. Patientenbefragung und Qualitätsmanagement. In: Satzinger W, Trojan A, Kellermann-Mühlhoff P. (Hrsg.): Patientenbefragungen in Krankenhäusern. Sankt Augustin, Asgard Verlag 2001; 25-39.

Born A. Die Patienten wollen informiert werden. Führen und Wirtschaften im Krankenhaus 2001; 18(3):276-279.

Bortz J, Döring N. Forschungsmethoden und Evaluation. Springer Verlag: Berlin, Heidelberg, New York 1995; 2:231-234.

Brown JB, Boles M, Mullooly JP, Levinson W. Effect of clinician communication skills training on patient satisfaction. A randomized, controlled trial. Ann Intern Med 1999; 7:822-829.

Bytzer P, Lindeberg B. Impact of an information video before colonoscopy on patient satisfaction and anxiety – a randomized trial. Endoscopy 2007; 39(8):710-714.

Camacho F, Anderson R, Safrit A, Jones AS, Hoffmann P. The relationship between patient's perceived waiting time and office-based practice satisfaction. N C Med J 2006; 67:409-413.

Carroll KN, Cooper WO, Blackford JU, Hickson GB. Characteristics of families that complain following pediatric emergency visits. *Ambul Pediatr.* 2005; 5(6):326-331.

Classen M, Demling L. Endoskopische Sphinkterotomie der Papilla vateri und Steinextraktion aus dem Ductus choledochus. *Dtsch Med Wschr* 1974; 99:496-497.

Classen M, Tytgat G, Lightdale C. Gastroenterologische Endoskopie. Georg Thieme Verlag, Stuttgart 2004.

Cleary PD, McNeil BJ. Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry* 1988; 25(1):25-36.

Cleary PD, Edgman-Levitan S, Roberts M, Moloney TW, McMullen W, Walker JD, Delbanco TL. Patients evaluate their hospital care. *Health Aff (Millwood)*, 1991 Winter; 10(4):254-267.

Dansky KH, Miles J. Patient satisfaction with ambulatory healthcare services: waiting time and filling time. *Hosp Health Serv Adm* 1997; 42:165-177.

Deck R, Böhmer S. Erfahrungen alter Menschen mit einem Krankenhausaufenthalt. *Das Gesundheitswesen* 2001; 62:522-529.

Del Rio AS, Baudet JS, Fernandez OA, Morales I, Socas M. Evaluation of patient satisfaction in gastrointestinal endoscopy. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology* 2007; 19(10):896-900.

Deutsche Gesellschaft für Qualität (DGQ) (Hrsg.). DGQ-Schrift 11-04: Begriffe zum Qualitätsmanagement Berlin 1995; 6.

Dierks ML, Bitzer EM, Schwartz FW. Patientenbefragung in der Arztpraxis. *Z Ärztl Fortbild Qualitätssich* 2000; 94:389-395.

Dierks-Wetschky N. Patientenbefragung als Instrument .des Qualitätsmanagements im Krankenhaus. Ergebnisse einer empirischen Studie. Diplomarbeit zur Erlangung

des Grades einer Diplom-Gesundheitswissenschaftlerin/Master of Public Health im Postgraduiertenstudiengang an der Fakultät für Gesundheitswissenschaft an der Universität Bielefeld 1998.

Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly: Health and Societ* 1966; 44:166-203.

Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring, vol. 1: The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor. MI: Health Administration Press 1980.

Dreier J. „Bei Entlassung zufriedener? Zur Patientenzufriedenheit in einer psychiatrischen Klinik“. Dissertation. TU-München 1999; 68.

Dugdale DC, Epstein R, Pantilat SZ. Time and the patient-physician relationship. *J Gen Intern Med* 1999; 14:34-40.

Ehlers-Gauger J, Baumeier M, Raspe H. Patientenbefragung in Kliniken der Medizinischen Universität Lübeck. In: *Patientenbefragung in Krankenhäusern*. Hrsg. v. Satzinger W, Trojan A, Kellermann-Mühlhoff P. Sankt Augustin: Asgard-Verlag 2001; 101-106.

Eickstädt U, Mager G. In: *Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine* (Lauterbach, Schrappe Hrsg.), Schattauer 2001; 401-406.

Elste F. Zufriedenheit erfragen. *Praxis. Deutsches Ärzteblatt* 2004; 4:31.

Enfors 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.

Ewald K, Nickel P, Hiermann P, Tröbs RB, Brähler E, Kiess W, Würz J. Krankenhausaufenthalt aus Patienten- und Angehörigensicht. *Monatsschr Kinderheilkd* 2006; 154:552-557.

Faust U, Ott M, Irion KM. Entwicklungskonzepte zu neuen Bildübertragungssystemen. In: Buess G. (Hrsg.): Endoskopie. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 1990; 32-42.

Frank M. Qualitätsmanagement in der Arztpraxis – erfolgreich umgesetzt. Stuttgart 2005; 2:15.

Frank O. Qualitätssicherung – auch aus der Sicht der Patienten. Schweizerische Ärztezeitung 2005; 86(6):353-355.

Frank P, Vécsei V. Analyse der Patientenzufriedenheit. Osteosynthese International 2001; 9:158-163.

Friedmann DM, Berger DL. Improving team structure and communication: a key to hospital efficiency. Arch Surg 2004; 139:1194-1198.

Fürst A. Beschwerdemanagement. Gestaltung und Erfolgsauswirkungen. Gabler Edition Wissenschaft: Schriftenreihe des Instituts für Marktorientierte Unternehmensführung (IMU), Universität Mannheim. Deutscher Universitäts-Verlag, 2005.

Giebel GD, Groeber N. Patientenängste und –zufriedenheit bei koloproktologischen Operationen. Wien Klin Wochenschr 2004; 116/19-20:684-691.

Görres S. Qualitätssicherung in Pflege und Medizin: Bestandsaufnahme, Theorieansätze, Perspektiven am Beispiel des Krankenhauses. Bern 1999; 436- 443.

Gramsch E, Hoppe JD, Jonitz G, Richter-Reichhelm M, Ollenschläger G. Qualitätsmanagement in der ambulanten Versorgung. Kompendium Q-M-A. Deutscher Ärzteverlag 2003.

Graf J, Janssens U. Qualitätsmanagement in der Intensivmedizin. Z Intensivmed 2008; 45:1-11.

Haeske-Seeberg H. Handbuch Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Strategien – Analysen – Konzepte. Stuttgart Berlin Köln 2001.

Hartmann P, Bokemeyer B, Zemke J, Hueppe D, Weigel H, Will E. Akzeptanz und Patientenzufriedenheit bei der Vorsorge-Koloskopie. Endo-Praxis 2007; 1(1):16-18.

Hayes A, Buffrum M, Lanier E, Rodahl E, Sasso C. A music intervention to reduce anxiety prior to gastrointestinal procedures. Gastroenterology Nursing 2003; 26:145-149.

Heine G, Hadithi M, Groenen M, Kuipers EJ, Jacobs MA, Mulder CJ. Double Balloon Enteroscopy: Indications, diagnostic yield, and complications in a series of 275 patients with suspected small-bowel-diseases. Endoscopy 2006; 64:62-70.

Helbig M, Kahla-Witzsch HA, Helbig S, Knecht R, Gstöttner W. Quality assessment according to DIN EN ISO 9001:2000: certification in a university ENT department. HNO 2006; 54:922-928.

Helbig M, Helbig S, Knecht R, Kahla-Witzsch HA, Gstöttner W. Quality management: reduced waiting time and enhanced efficiency in a university ear, nose, and throat outpatient department. HNO 2007; 55:29-35.

Hensen P, Wollert S, Juhra C, Luger TA, Roeder N. Nutzerorientierung im Krankenhaus: Integrativer Ansatz zur Erfassung der Patientenperspektive für Qualitätsverbesserungen. Akt Dermatol 2006; 32:99-107.

Herz R, Riemann JF. Indikation und Bedeutung der ERCP. Int. Welt 1985; 9:267.

International Organization for Standardization. ISO 8402. 2nd ed.

JACHO Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Patient satisfaction questionnaire. Qual Rev Bull 1989; 15:174-175.

Jacob G, Bengel J. Das Konstrukt Patientenzufriedenheit: Eine kritische Bestandsaufnahme. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie 2000; 48:280-301.

Jamison RN, Ross MJ, Hoopman P, Griffin F, Levy J, Daly M, Schaffer JL. Assessment of postoperative pain management: patient satisfaction and perceived helpfulness. Clin J Pain 1997; 13(3):229-236.

Jaster HJ. Das Konzept der Qualitätssicherung. In: Jaster HJ (Hrsg.). Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. Georg Thieme Verlag: Stuttgart – New York 1997; 81.

Johnson A, Bament D. Improving the quality of hospital services: how diverse groups of consumers prefer to be involved. Australian Health Review: a publ. of the Australian Hospital Association 2002; 25(6):94-205.

Jonitz G, Quast R, Dannenmaier G, Lüthy A. Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus(KTQ). KTQ- Leitfaden zur Patientenbefragung. Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft 2001.

Juhra C, Hensen P, Pühse G, Wollert S, Roeder N. Internes Qualitätsmanagement: Patientenbefragung in einer urologischen Universitätsklinik. Urologe 2005; 44:1463-1468.

Kahla-Witzsch HA. Zertifizierung im Krankenhaus nach DIN EN ISO 9001:2000 – Ein Leitfaden. Stuttgart 2005; 13.

Kamiske GF, Brauer JP. Qualitätsmanagement von A bis Z. Erläuterung moderner Begriffe des Qualitätsmanagements München, Wien 2003; 207.

Kayser MC, v. Harder Y, Friemert B, Scherer MA. Patientenaufklärung – Fakt und Fiktion. Chirurg 2006; 77:139-149.

Kirsch EM, Thilo A. Die Zufriedenheit von Patienten im Krankenhaus – eine empirische Untersuchung. Dissertation. Hannover 1991.

Kirschner S, Witzleb WC, Eberlein-Gonska M, Krummenauer F, Günther KP. Clinical pathways. A useful steering instrument or a limitation for medical treatment? Orthopäde 2007; 36:518-522.

Kluge F. 120 Jahre Gastroenterologie – Wer war der Erste? Leber, Magen, Darm 1987; 4:217-218.

Ko HH, Zhang H, Hassanali A, Manji R, Kazemi P, Soswa L, Telford JJ, Enns RA. Patient Satisfaction with Endoscopy Is Influenced By the Timing of the Survey. Gastrointestinal Endoscopy 2007; 65:5.

Ko HH, Zhang H, Telford JJ, Enns RA. Factors influencing patient satisfaction when undergoing endoscopic procedures. Gastrointestinal Endoscopy 2009; 69(4):883-891.

Kröhn T, Tolksdorf E, Matysiak-Klose D, Heintze C, Wolf U, Kensche M, Howorka A, Wehrmeyer H, Braun V. Zufriedenheit von Patienten mit chronischen Darmerkrankungen in der Allgemeinmedizin. Z Allg Med 2004; 80:26-32.

KTQ-Leitfaden zur Patientenbefragung. Hrsg. V. Mitgliedern der KTQ-Arbeitsgruppe „Patientenorientierung und Patientenbefragung“. Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH. Düsseldorf 2000.

Künzl B. Der Patient und die Qualität der ärztlichen Leistung. Primary Care 2002; 2:125-131.

Ladas SD. Factors predicting the possibility of conducting colonoscopy without sedation. Endoscopy 2000; 32:688-692.

Latham CL, Hogan M, Ringl K. Nurses supporting nurses: creating a mentoring program for staff nurses to improve the workforce environment. *Nurs Adm Q* 2008; 32:27-39.

Lecher S. Patientenbefragung im Krankenhaus. Der Hamburger Fragebogen zum Krankenhausaufenthalt (HFK) als Instrument der Defizitanalyse aus Patientensicht 2002. Regensburg: S. Roederer.

Leicher R. Patientenbefragungen- Imagepflege. *Praxis. Deutsches Ärzteblatt* 2005; 2:18.

Lin CT, Albertson GA, Schilling LM, Cyran EM, Anderson SN, Ware L, Anderson RJ. Is patients' perception of time spent with the physician a determinant of ambulatory patient satisfaction? *Arch Intern Med* 2001; 161:1437-1442.

Locker D, Dunt D. Theoretical and methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with medical care. *Social Science and Medicine* 1978; 12:283-292.

López-Cepero Andrada JM, Amaya Vidal A, Castro Aguilar-Tablada T, García Reina I, Silva L, Ruiz Guinaldo A, Larrauri De la Rosa J, Herrero Cibaja I, Ferré Alamo A, Benítez Roldán A. Anxiety during the performance of colonoscopies: modification using music therapie. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2004; 16:1381-1386.

Marek A, Dazert S. The Bochum aftercare questionnaire for cancer in otorhinolaryngology: first results of clinical application. *HNO* 2007; 55:109-113.

McCune WS, Shorb PE, Moscovitz H. Endoscopic cannulation of the ampulla of Vater: a preliminary report. *Ann Surg* 1968; 167:752-756.

Meterko M, Mohr DC, Young GJ. Teamwork culture and patient satisfaction in hospitals. *Med Care* 2004; 42:492-498.

Müller RT, Konermann H. Erfolg und Auswirkungen präoperativer Aufklärung. Münch Med Wochenschr 1990; 132:2-4.

Niederer C, Bemba G, Kautz A, Bertram T, Schweizer R, van Thiel I. Wartezeit und Länge des Arztgesprächs bestimmen aus Patientensicht die Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung bei chronischer Hepatitis B und C: Ergebnisse einer prospektiven Studie bei 478 Patienten mit chronischer Virushepatitis. Z Gastroenterol 2010; 48:455-464.

Olandt H. Dienstleistungsqualität in Krankenhäusern. Operationalisierung und Messung der Patientenwahrnehmung. In: Benkenstein (Hrsg.). Marketing und Innovationsmanagement. Gabler Edition Wissenschaft. Deutscher Universitätsverlag, Wiesbaden 1998.

Olandt H, Krentz H. Patientenzufriedenheit – subjektive Qualitätswahrnehmung der Patienten und Erfolgsfaktor für Kliniken. Das Gesundheitswesen 1998; 60:721-728.

Ommen O, Janssen C, Neugebauer E, Rehm K, Bouillon B, Pfaff H. Patienten- und krankenhausspezifische Einflussfaktoren auf die Zufriedenheit mit dem Krankenhausaufenthalt schwerverletzter Patienten. Unfallchirurg 2006; 109:628-639.

Panchaud C, Guillain H, Cranowsky R, Eicher E. Qualitätsterminologie. NAQ-News 1999. Schweiz Ärztezeitung 1999; 79:19.

Pascoe GC. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. Evaluation and program planning 1983; 6:185-210.

Pena LR, Mardini HE, Nickl NJ. Development of an Instrument to Assess and Predict Satisfaction and Poor Tolerance Among Patients Undergoing Endoscopic Procedures. Digestive Diseases and Sciences 2005; 50(10):1860-1871.

Pothier DD, Frosh A. Do information sheets improve patient satisfaction in the outpatient department? Ann R Coll Surg Engl 2006; 88:557-561.

Quist SR, Dieckmann-Stöcklein R, Bröcker EB, Weyandt GH. Determinants of patient satisfaction in a university clinic of dermatology as a parameter for patient orientation in quality management. *J Dtsch Dermatol Ges* 2007; 5:598-604.

Rau R. Qualitätsmanagement im interdisziplinären Krankenhaus. *Z Rheumatol* 1998; 57:413-419.

Riechmann M, Günther W, Blättner B. Beschwerdemanagement im Krankenhaus als Ausdruck von Patientenorientierung? *Gesundh ökon Qual manag* 2008; 13:71-75.

Riemann JF. Klinischer Stand der diagnostischen Endoskopie. In: Buess, G. (Hrsg.): Endoskopie. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 1990; 95-102.

Rizzardo R, Borgherini G, Cappelletti L. Illness Behavior and Anxiety in dental patients. *J Psychosom Res* 1991; 35:431-435.

Roberts J, Tugwell P. Comparison of questionnaires determining patient satisfaction with medical care. *Health Serv Res* 1987; 22(5):637-654.

Ronertsson O, Dunnbar MJ. Patient satisfaction compared with general health and disease-specific questionnaires in knee arthroplasty patients. *J Arthroplasty* 2001; 16(4):476-482.

Rosner S. Untersuchung zu Einflussfaktoren auf die Patientenzufriedenheit. Vergleichende Studie zwischen der Universitätsklinik Charité und dem Kreiskrankenhaus Eisleben. Dissertation Humboldt- Universität Berlin 1993; 12.

Rost J. Lehrbuch Testtheorie - Testkonstruktion. Verlag Huber, Bern 1996, 1. Auflage.

Rubin HR. Can patients evaluate the quality of hospital care? *Medical care review* 1990; 47(3):267-326.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Gutachten 2003 – Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Band I: Finanzierung und Nutzerorientierung. Baden-Baden: Nomos, 2003.

Salmore RG, Nelson JP. The effect of preprocedure teaching, relaxation instruction, and music on anxiety as measured by blood pressures in an outpatient gastrointestinal endoscopy laboratory. *Gastroenterology Nursing* 2000; 23:102-110.

Satzinger W. Der Weg bestimmt das Ziel? Zur Rolle des Erhebungsverfahrens bei Befragungen von Krankenhauspatienten. In: Ruprecht TM (Hrsg.). Experten fragen – Patienten antworten: patientenzentrierte Qualitätsbewertung von Gesundheitsdienstleistungen: Konzepte, Methoden, praktische Beispiele. Schriftenreihe Forum Sozial- und Gesundheitspolitik. Sankt Augustin, Asgard Verlag Hippe 1998; 12:101-108.

Satzinger W, Raspe H. Weder Kinderspiel noch Quadratur des Kreises. Eine Übersicht über methodische Grundprobleme bei Befragungen von Krankenhauspatienten 2001. In: Satzinger W, Trojan A, Kellermann-Mühlhoff P (Hrsg.). Patientenbefragung in Krankenhäusern. Sankt Augustin, Asgard Verlag, 41-80.

Satzinger W. Information für das Qualitätsmanagement im Krankenhaus: Zur Funktion und Methodik von Patienten und Personalbefragungen. *Med Klin* 2002; 97:104-110.

Sauter GH, Grabein B, Sauerbruch T. Antibiotische Prophylaxe und Therapie infektiöser Komplikationen in der gastrointestinalen Endoskopie. In: Richtlinien und Empfehlungen der Sektion Endoskopie, Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS). Download: www.dgvs.de.

Schanz B. Patientenzufriedenheit aus ökonomischer Sicht. *Psych Pflege* 2006; 12:139-145.

Schmeck-Lindenau J. Qualitätshandbuch der gastrointestinalen Endoskopie. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2003; 2, begleitende CD-ROM (Formularvorlagen, Patientenfragebogen).

Schmidt CE, Möller J, Reibe F, Güntert B, Kremer B. Patientenzufriedenheit in der stationären Versorgung. Bedeutung, Methoden und Besonderheiten. Dtsch Med Wochenschr 2003; 128:619-624.

Schmidt CE, Möller J, Hesslau U, Bauer M, Gabbert T, Kremer B. Universitätskliniken im Spannungsfeld des Krankenhausmarktes. Anaesthesist 2005; 54:694-702.

Schmidt CE, Möller J, Hart F, Gabbert T, Bauer M. Erfolgsfaktoren im deutschen Krankenhausmarkt. Kliniken zwischen Verbundbildung und Privatisierung. Anästhesist 2007; 56:1277-1283.

Schmidt CE, Möller J, Malchow B, Meyer J, Schmidt K, Kuchler T. Patientenzufriedenheit – Ein potentieller Eckpfeiler des Krankenhausmanagements. Dtsch Med Wochenschr 2009; 134:1151-1156.

Schmidt J, Lamprecht F, Wittmann WW. Zufriedenheit mit der stationären Versorgung. Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen. Psychotherapie und med. Psychologie 1989; 39:248-255.

Schmidt K, Meyer J, Jahnke I, Wollenberg B, Schmidt C. Patientenzufriedenheit in der ambulanten Versorgung – Eine Pilotstudie zum Kundenmanagement in der HNO. HNO 2009; 57:251-256.

Schröder C, Riedel S, Schmutzer G, Brähler E, Schwarz R. Inhousebefragung zur Patientenzufriedenheit in einem Klinikum der Maximalversorgung – Ein Praxisbericht. Das Gesundheitswesen 2004; 66:649-655.

Schuld J, Richter S, Folz J, Jacob P, Gräber S, Schilling MK. Einfluss IT-gestützter klinischer Behandlungspfade auf die Patientenzufriedenheit an einer chirurgischen Universitätsklinik. Dtsch Med Wochenschr 2008; 133:1235-1239.

Schuld J, Moussavian MR, Frank B, Schmidt UA, Kollmar O, Schilling MK, Richter S. Steigerung von Effizienz und Patientenzufriedenheit durch strukturierte Prozesse am Beispiel der Prämedikationsambulanz. *Unfallchirurg* 2011; 114:1091-1098.

Schulte T, Hildebrandt H. DAK- Patientenbefragung zur Qualität Hamburger Krankenhäuser: Zum Studiendesign, zu einigen Ergebnissen und weiteren Auswertungsmöglichkeiten. In: Ruprecht T (Hrsg.). *Experten fragen - Patienten antworten: patientenzentrierte Qualitätsbewertung von Gesundheitsdienstleistungen: Konzepte, Methoden, praktische Beispiele*. Schriftenreihe Forum Sozial- und Gesundheitspolitik. Sankt Augustin, Asgard Verlag Hippe 1998; 12:121-137.

Schupeta E, Hildebrandt H. *Patientenzufriedenheit messen und steigern*. Sankt Augustin Asgard Verlag 1999.

Seifert E. Gastroskopie einst und jetzt. *Med Klin* 1970; 65(51): 2253.

Selbmann HK. Was ist Qualitätsmanagement? *Der Chirurg* 1995; 66(7):647-651.

Seyfarth-Metzger I, Satzinger W, Lindemeyer T. Patientenbefragung als Instrument des Qualitätsmanagements. *Das Krankenhaus* 1997; 12:739-744.

Siegrist K, Schlebusch P, Trenckmann U. Fragen wir den Kunden. Patientenzufriedenheit und Qualitätsentwicklung. *Psychiatr Prax* 2002; 29:201-206.

Stehlau-Schwoll H. Krankenhausmanagement mit DRGs, Leitlinien und Qualitätssicherung. In: Scheld HH, Krian A (Hrsg.). *Dokumentationsverfahren in der Herzchirurgie*. Münster 2002; 13-16.

Stutz EZ, Ceschi M. Gender and medical communication – a review. *Ther Umsch* 2007; 64:331-335.

Straub C. Die Rolle des Patienten. In: *Abschlussbericht – Qualitätssicherung im Krankenhaus*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Nomos-Verlags-Gesellschaft, Baden-Baden 1997; 376-389.

Tisch M, Schettlin J, Maier H. Patientenzufriedenheit im Krankenhaus. HNO 2002; 50:70-75.

Trojan A. Warum sollen Patienten befragt werden? Zu Legimitation, Nutzen und Grenzen patientenzentrierter Evaluation von Gesundheitsleistungen(II). In: Ruprecht T (Hrsg.). Experten fragen – Patienten antworten. Sankt Augustin, Asgard Verlag 1998; 15-30.

Vieder JN. Physician-patient interaction: what do elders want? J Am Osteopath Assoc 2002; 102(2):73-78.

Viethen G, Dombert T, Klinger M, Lachmann S, Bürk C. Ein Trendinstrument zur Erhebung von Patientenunzufriedenheit: Die Lübecker Fragebogen- Doppelkarte. Gesundh Ökon Qual manag 1997; 2:50-53.

Viethen G. Kontinuierliche Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen. Das Krankenhaus 1998; 5:281-285.

Vitt K, Erben C, Kupsch S, Rüter W. Patientenbrief – Mittel zur Sicherung des Heilerfolges. Deutsches Ärzteblatt 2005; 102(44):3002-3004.

Vogel H, Schön Müller H, Faller D. Qualitätssicherung und –Management in einem Krankenhaus, Bay. Ärzteblatt 1998; 6:213-215.

Vuori H. Patient satisfaction – an attribute or indicator of the quality of care? Quality review bulletin 1987; 13:3:106-108. In: Görres S. Qualitätssicherung in Pflege und Medizin: Bestandsaufnahme, Theorieansätze, Perspektiven am Beispiel des Krankenhauses. Bern 1999; 179.

Wagner EH, Reid RJ. Are continuity of care and teamwork incompatible? Med Care 2007; 45:6-7.

Walker A, Restuccia J. Obtaining information on patient satisfaction with hospital care: mail versus telephone. Health Serv Res 1984; 19(3):291-306.

Ware J. Effects of acquiescent response set on patient satisfaction ratings. *Med Care* 1978; 6:327.

Weiler T, Kämmerer W, Bach A. *Qualitätsmanagement im Krankenhaus* 2002; 4:1-5.

Wengle H. *Grundlagen des Qualitätsmanagements im Spital*. Frankfurt/M.: pmi 1998.

Williams S, Weinman J, Dale J. Doctor-patient-communication and patient satisfaction: a review. *Fam Pract* 1998; 15:480-492.

Wüthrich-Schneider E. *Qualitätsmanagement in Spitälern: Ein Modell zur Evaluation der Patientenzufriedenheit*. Dissertation Universität St. Gallen 1998; 83 ff.

Wüthrich-Schneider E. Patientenzufriedenheit – Wie verstehen? *Schweizerische Ärztezeitung* 2000; 81(20):1046-1048.

Wüthrich-Schneider E. Patientenzufriedenheit – Wie messen? *Schweizerische Ärztezeitung* 2000; 81(21):1116-1119.

Yacavone RF, Locke GR, Gostout CJ, Rockwood TH, Thieling S, Zinsmeister AR. Factors influencing patient satisfaction with GI endoscopy. *Gastrointestinal Endoscopy* 2001; 53(7):703-710.

Yamamoto H, Sekine Y, Sato Y, Higashizawa T, Miyata T, Iino S, Ido K, Sugano K. Total enteroscopy with a nonsurgical steerable double-balloon method. *Gastrointest Endosc* 2001; 53:216-220.

Anhang

I TABELLENVERZEICHNIS

- Tabelle 1: Gesamtzufriedenheit der Patienten
- Tabelle 2: Warten auf den Termin
- Tabelle 3: Angst bei Wiederholung der Untersuchung
- Tabelle 4: Empfinden des Kontakts mit dem Endoskopie-Personal
- Tabelle 5: Empfinden des Kontakts mit dem spiegelnden Arzt
- Tabelle 6: Empfinden der Räumlichkeit
- Tabelle 7: Atmosphäre während der Spiegelung
- Tabelle 8: Aufklärung vor der Spiegelung
- Tabelle 9: Besprechung des Untersuchungsergebnisses
- Tabelle 10: Zusammenhang zwischen Gesamtzufriedenheit und Empfinden der Spiegelung
- Tabelle 11: Zusammenhang zwischen Altersgruppen und Angst vor der Spiegelung
- Tabelle 12: Zusammenhang zwischen Altersgruppen und den Ängsten bei einer Wiederholung der Spiegelung
- Tabelle 13: Zusammenhang zwischen Altersgruppen und Angst vor Komplikationen
- Tabelle 14: Zusammenhang zwischen Empfinden der Spiegelung bei bereits erfolgter Darmspiegelung
- Tabelle 15: Zusammenhang zwischen Empfinden der Spiegelung bei bereits erfolgter Spiegelung von Gallengängen/Bauchspeicheldrüse
- Tabelle 16: Zusammenhang zwischen Empfinden der Spiegelung im Vergleich mit den bisher erlebten Spiegelungen
- Tabelle 17: Zusammenhang zwischen Wartezeit und Kontakt zum Endoskopie-Personal
- Tabelle 18: Zusammenhang zwischen Wartezeit und Kontakt zum spiegelnden Arzt
- Tabelle 19: Zusammenhang zwischen Wartezeit und Empfinden der Räumlichkeit
- Tabelle 20: Vergleich der Gesamtzufriedenheit der beiden Patientenkollektive

-
- Tabelle 21: Vergleich der Ergebnisse: Warten auf den Termin
- Tabelle 22: Vergleich der Ergebnisse: Angst bei Wiederholung der Untersuchung
- Tabelle 23: Vergleich der Ergebnisse: Empfinden des Kontakts mit dem Endoskopie-Personal
- Tabelle 24: Vergleich der Ergebnisse: Empfinden des Kontakts mit dem spiegelnden Arzt
- Tabelle 25: Vergleich der Ergebnisse: Empfinden der Räumlichkeit
- Tabelle 26: Vergleich der Ergebnisse: Atmosphäre während der Spiegelung
- Tabelle 27: Vergleich der Ergebnisse: Aufklärung vor der Spiegelung
- Tabelle 28: Vergleich der Ergebnisse: Besprechung des Untersuchungsergebnisses
- Tabelle 29: Bemerkungen zum Pflegepersonal
- Tabelle 30: Bemerkungen zum spiegelnden Arzt
- Tabelle 31: Bemerkungen zu Verbesserungsvorschlägen
- Tabelle 32: Bemerkungen zu besonders erwähnenswerten Dingen

II ABBILDUNGSVERZEICHNIS

- Abbildung 1: Gesamtzufriedenheit der Patienten
- Abbildung 2: Warten auf den Termin
- Abbildung 3: Angst bei Wiederholung der Untersuchung
- Abbildung 4: Empfinden des Kontakts mit dem Endoskopie-Personal
- Abbildung 5: Empfinden des Kontakts mit dem spiegelnden Arzt
- Abbildung 6: Empfinden der Räumlichkeit
- Abbildung 7: Atmosphäre während der Spiegelung
- Abbildung 8: Aufklärung vor der Spiegelung
- Abbildung 9: Besprechung des Untersuchungsergebnisses
- Abbildung 10: Zusammenhang zwischen Gesamtzufriedenheit und Altersgruppen
- Abbildung 11: Zusammenhang zwischen Gesamtzufriedenheit und Wartezeit
- Abbildung 12: Vergleich der Gesamtzufriedenheit der beiden Patientenkollektive
- Abbildung 13: Vergleich der Ergebnisse: Aufklärung vor der Spiegelung
- Abbildung 14: Vergleich der Ergebnisse: Besprechung des Untersuchungsergebnisses

III FRAGEBOGEN

Für die Patientenbefragung wurde ein Fragebogen eingesetzt, der von Dr. J. Schmeck-Lindenau am Zentralkrankenhaus Reinkenheide in Bremerhaven entwickelt und im Jahr 2003 publiziert wurde [Schmeck-Lindenau 2003]. Dieser Fragebogen wurde speziell für die gastroenterologische Abteilung des Universitätsklinikums Gießen abgewandelt und in der folgenden Form an die zu endoskopierenden Patienten ausgehändigt.

FRAGEBOGEN FÜR ENDOSKOPIE-PATIENTEN**Spiegelung von Magen, Darm und Gallengängen –
IHRE MEINUNG IST UNS WICHTIG!****Liebe Patientin,
Lieber Patient!**

Wir haben bei Ihnen eine Spiegelung von Magen-Darm-Organen durchgeführt und möchten gerne wissen, wie Sie mit uns zufrieden waren. Aus diesem Grunde bitten wir Sie, den Fragebogen, den wir Ihnen vor der Spiegelung ausgehändigt haben, auszufüllen und an uns zurückzugeben. Auch wenn Sie unabhängig von den Fragen noch andere Dinge bemerken wollen, Wünsche, Lob oder Tadel äußern möchten, würden wir das gerne erfahren. Schreiben Sie es uns einfach auf!

Wir haben großes Interesse an Ihrer Meinung. Mit Hilfe Ihrer Äußerungen können wir eventuelle Verbesserungen in unserer Endoskopie-Abteilung bewirken, und vielleicht werden wir durch Sie auch auf Probleme aufmerksam gemacht, von denen wir vorher gar nichts wussten.

Selbstverständlich ist dieser Fragebogen vertraulich. Sie können ihn auch vertraulich bzw. anonym abgeben. Dazu haben wir extra einen Briefkasten mit der Aufschrift „Patientenmeinung“ eingerichtet. Dieser befindet sich im Vorraum der Endoskopie.

Sollten Sie keinen Wert auf absolute Anonymität legen, können Sie den Bogen auch gerne bei den Schwestern/Pflegern Ihrer Station abgeben. Diese werden dann den Fragebogen an die Endoskopie-Abteilung weiterleiten.

Diese Patienteninformation können Sie gerne abreißen und behalten, der zweiseitige Fragebogen verbleibt dann bei uns zur Auswertung.

Sollten sie ein persönliches Gespräch bevorzugen, so können Sie gerne direkt über das Sekretariat Gastroenterologie (0641-99-42338) einen Gesprächstermin vereinbaren.

Wir danken Ihnen jetzt bereits für Ihre Mühe und Mitarbeit und verbleiben
mit freundlichen Grüßen

Ihre Endoskopie-Abteilung

Universitätsklinikum Gießen – Zentrum für Innere Medizin – Gastroenterologie - Leitung: Prof. Dr. Elke Roeb

FRAGEBOGEN FÜR ENDOSKOPIE-PATIENTEN

Standort: Rodthohl 6
Seltersberg

Untersuchungsart: Gastroskopie
Koloskopie
ERCP

1. **Bitte geben Sie Ihr Alter an:**
 bis 30 31–40 41–50 51–60 61–70 71–80 über 80 Jahre
2. **Sind Sie bereits einmal gespiegelt worden?**
 nein ja
 → Wenn ja, wo? ambulant im Krankenhaus
3. **Wenn Sie bereits gespiegelt worden sind, welche Spiegelung hatten Sie?**
 Magenspiegelung Darmspiegelung Spiegelung von Gallengängen/Bauchspeicheldrüse
4. **Wie haben Sie bisher Spiegelungen erlebt?**
 nie unangenehm gelegentlich unangenehm immer unangenehm
5. **Hatten Sie das Gefühl, auf den Termin für die jetzige Spiegelung warten zu müssen?**
 Ich bekam den Termin sehr schnell. Ich musste nur wenige Tage warten.
 Ich musste lange auf einen Termin warten. → **Wie viele Tage mussten Sie warten:** _____
6. **Hatten Sie Angst vor der Spiegelung?**
 keine Angst wenig Angst viel Angst
7. **Hatten Sie sich für eine Beruhigungsspritze vor der Spiegelung entschieden?**
 nein ja
 → Wenn ja, empfanden Sie die Beruhigungsspritze als wohltuend? ja nein
8. **Empfanden Sie diese Spiegelung als schmerzhaft/unangenehm?**
 nein ein wenig ja
9. **Wenn die Untersuchung noch einmal wiederholt werden müsste, hätten Sie dann**
 keine Angst mehr? weniger Angst? gleich viel Angst? mehr Angst?
10. **Wie lange mussten Sie nach Ankunft in der Endoskopie-Abteilung auf die Spiegelung warten?**
 weniger als 10 Min. 10-30 Min. 30–60 Min. über 60 Min.
11. **Wie viel Wartezeit halten Sie für zumutbar?**
 keine bis 5 Min. bis 15 Min. über 15 Min. über 30 Min.
12. **Hat sich die Endoskopieschwester bei Ihnen namentlich vorgestellt?**
 ja nein Weiß ich nicht mehr.
13. **Wie empfanden Sie den Kontakt mit dem Endoskopie-Personal?**
 wohltuend/angenehm unangenehm weder/noch
Andere Bemerkungen: _____

Universitätsklinikum Gießen – Zentrum für Innere Medizin – Gastroenterologie - Leitung: Prof. Dr. Elke Roeb

14. **Hat sich der Arzt, der die Spiegelung durchgeführt hat, bei Ihnen vorgestellt?**
 ja nein Weiß ich nicht mehr.
15. **Wie empfanden Sie den Kontakt mit dem spiegelnden Arzt?**
 angenehm unangenehm weder/noch
Andere Bemerkungen:
16. **Empfanden Sie die Räumlichkeiten unserer Endoskopie-Abteilung als**
 angenehm unangenehm weder/noch
17. **Hätten Sie gerne bei einer Spiegelung Musik im Raum?**
 ja nein egal
18. **Wie empfanden Sie insgesamt die Atmosphäre während der Spiegelung?**
 angenehm unangenehm weder/noch
19. **Fühlten Sie sich umsorgt?**
 gut umsorgt gar nicht umsorgt weder/noch
20. **Was hätte besser sein können? Was hat Ihnen nicht gefallen?**
21. **Wie empfanden Sie die Aufklärung vor der Spiegelung?**
 sehr gut ausreichend schlecht gar keine Aufklärung
 Ich brauchte nicht aufgeklärt zu werden, da ich die Untersuchung bereits kannte.
22. **Hatten Sie vorher Gelegenheit, über die Untersuchung, Probleme der Untersuchung und evtl. Komplikationen mit dem Stationsarzt selbst zu reden?**
 ja nein
23. **Haben Sie Fragen zur Untersuchung gestellt und verständliche Antworten erhalten?**
Ich habe: Fragen gestellt keine Fragen gestellt
Die Antworten waren: gut verständlich nicht ganz verständlich
 unverständlich keine Antwort erhalten
24. **Hatten Sie Angst vor Komplikationen?**
 viel mäßig wenig gar nicht
25. **Wurde mit Ihnen das Ergebnis der Spiegelung besprochen?**
 ja, ausführlich ja, etwas knapp nein
26. **Empfanden Sie noch irgendetwas anderes bei der Spiegelung als besonders erwähnenswert?**
 Egal ob Gutes oder Schlechtes - Schreiben Sie es uns bitte noch zusätzlich auf:

Vielen Dank für Ihre Mühe und gute Besserung!
Ihr Endoskopie-Team

IV GESAMTSTATISTIK DES FRAGEBOGENS

Standort

		Rodthohl 6	Seltersberg	Gesamt
Aufwendige Untersuchung	Anzahl	174	218	392
	%	44,4%	55,6%	100,0%
Gastroskopie	Anzahl	108	244	352
	%	30,7%	69,3%	100,0%

Untersuchungsart

	Anzahl	%
Aufwendige Untersuchung	392	52,7%
Gastroskopie	352	47,3%
Gesamt	744	100%

Bitte geben Sie Ihr Alter an:

Frage 1		bis 30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	über 80	Gesamt
		Aufwendige Untersuchung	Anzahl	18	14	61	98	128	
	%	4,6%	3,6%	15,6%	25,0%	32,7%	15,6%	3,1%	100,0%
Gastroskopie	Anzahl	22	37	66	77	88	45	17	352
	%	6,3%	10,5%	18,8%	21,9%	25,0%	12,8%	4,8%	100,0%

Sind Sie bereits einmal gespiegelt worden?

Frage 2		ja	nein	Gesamt
Aufwendige Untersuchung	Anzahl	288	104	392
	%	73,5%	26,5%	100,0%
Gastroskopie	Anzahl	268	83	351
	%	76,4%	23,6%	100,0%

Wenn ja, hatten Sie schon einmal eine...Magenspiegelung?

Frage 3		ja	nein	Gesamt
Aufwendige Untersuchung	Anzahl	178	112	290
	%	61,4%	38,6%	100,0%
Gastroskopie	Anzahl	241	27	268
	%	89,9%	10,1%	100,0%

Wenn ja, hatten Sie schon einmal eine...Darmspiegelung?

Frage 3		ja	nein	Gesamt
Aufwendige Untersuchung	Anzahl	221	69	290
	%	76,2%	23,8%	100,0%
Gastroskopie	Anzahl	139	129	268
	%	51,9%	48,1%	100,0%

Wenn ja, hatten Sie schon einmal eine... Gallengängen/Pankreas?

Frage 3		ja	nein	Gesamt
Aufwendige Untersuchung	Anzahl	23	267	290
	%	7,9%	92,1%	100,0%
Gastroskopie	Anzahl	20	247	267
	%	7,5%	92,5%	100,0%

Wie haben Sie bisher Spiegelungen erlebt?

Frage 4		nie unangenehm	gelegentlich unangenehm	immer unangenehm	Gesamt
Aufwendige Untersuchung	Anzahl	98	148	52	298
	%	32,9%	49,7%	17,4%	100,0%
Gastroskopie	Anzahl	93	119	55	267
	%	34,8%	44,6%	20,6%	100,0%

Hatten Sie das Gefühl, auf den Termin für die jetzige Spiegelung warten zu müssen?

Frage 5		Ich musste lange auf einen Termin warten	Ich musste nur wenige Tage warten	Ich bekam den Termin schnell	Gesamt
Aufwendige Untersuchung	Anzahl	6	92	287	385
	%	1,6%	23,9%	74,5%	100%
Gastroskopie	Anzahl	2	66	282	350
	%	0,6%	18,9%	80,6%	100%

Hatten Sie Angst vor der Spiegelung?

Frage 6		keine Angst	wenig Angst	viel Angst	Gesamt
Aufwendige Untersuchung	Anzahl	148	180	61	389
	%	38,0%	46,3%	15,7%	100,0%
Gastroskopie	Anzahl	145	140	67	352
	%	41,2%	39,8%	19,0%	100,0%

Hatten Sie sich für eine Beruhigungsspritze vor der Spiegelung entschieden?

Frage 7		ja	nein	Gesamt
Aufwendige Untersuchung	Anzahl	292	93	385
	%	75,8%	24,2%	100,0%
Gastroskopie	Anzahl	257	94	351
	%	73,2%	26,8%	100,0%

Empfanden Sie diese Spiegelung als schmerzhaft/unangenehm?

Frage 8		ja	nein	ein wenig	Gesamt
Aufwendige Untersuchung	Anzahl	50	187	151	388
	%	12,9%	48,2%	38,9%	100,0%
Gastroskopie	Anzahl	27	84	240	351
	%	7,7%	23,9%	68,4%	100,0%

Wenn die Untersuchung noch einmal wiederholt werden müsste, hätten Sie dann...?

Frage 9		mehr Angst	gleich viel Angst	weniger Angst	keine Angst mehr	Gesamt
Aufwendige Untersuchung	Anzahl	8	78	102	199	387
	%	2,1%	20,2%	26,4%	51,4%	100%
Gastroskopie	Anzahl	7	64	91	189	351
	%	2,0%	18,2%	25,9%	53,8%	100%

Wie lange mussten Sie nach Ankunft in der Endoskopie-Abteilung auf die Spiegelung warten?

Frage 10		≤ 10 Min.	10-30 Min.	30-60 Min.	über 60 Min.	Gesamt
Aufwändige Untersuchung	Anzahl	112	155	71	49	387
	%	28,6%	39,5%	18,1%	12,5%	100,0%
Gastroskopie	Anzahl	128	140	51	32	351
	%	36,4%	39,8%	14,5%	9,1%	100,0%

Wie viel Wartezeit halten Sie für zumutbar?

Frage 11		keine	bis 5 Min.	bis 15 Min.	über 15 Min.	über 30 Min.	Gesamt
Aufwendige Untersuchung	Anzahl	7	9	144	145	77	382
	%	1,8%	2,4%	37,7%	38,0%	20,2%	100,0%
Gastroskopie	Anzahl	9	11	144	124	62	350
	%	2,6%	3,1%	41,1%	35,4%	17,7%	100,0%

Hat sich die Endoskopieschwester bei Ihnen namentlich vorgestellt?

Frage 12		ja	nein	Weiß ich nicht mehr	Gesamt
Aufwendige Untersuchung	Anzahl	307	30	53	390
	%	78,3%	7,7%	13,5%	100%
Gastroskopie	Anzahl	283	31	38	352
	%	80,4%	8,8%	10,8%	100%

Wie empfanden Sie den Kontakt mit dem Endoskopie-Personal?

Frage 13		Unangenehm	Weder noch	Wohltuend / angenehm	Gesamt
Aufwendige Untersuchung	Anzahl	7	30	355	392
	%	1,8%	7,7%	90,6%	100%
Gastroskopie	Anzahl	10	21	321	352
	%	2,8%	6,0%	91,2%	100%

Hat sich der Arzt, der die Spiegelung durchgeführt hat, bei Ihnen vorgestellt?

Frage 14		ja	nein	Weiß ich nicht mehr	Gesamt
Aufwendige Untersuchung	Anzahl	332	29	30	391
	%	84,7%	7,4%	7,7%	100%
Gastroskopie	Anzahl	302	26	24	352
	%	85,8%	7,4%	6,8%	100%

Wie empfanden Sie den Kontakt mit dem spiegelnden Arzt?

Frage 15		Unangenehm	Weder noch	Wohltuend / angenehm	Gesamt
Aufwendige Untersuchung	Anzahl	11	36	332	379
	%	2,9%	9,5%	87,6%	100%
Gastroskopie	Anzahl	6	50	294	350
	%	1,7%	14,3%	84,0%	100%

Empfanden Sie die Räumlichkeiten unserer Endoskopie-Abteilung als...?

Frage 16		Unangenehm	Weder noch	Angenehm	Gesamt
Aufwendige Untersuchung	Anzahl	21	86	276	383
	%	5,5%	22,5%	72,1%	100%
Gastroskopie	Anzahl	12	64	276	352
	%	3,4%	18,2%	78,4%	100%

Hätten Sie gerne bei einer Spiegelung Musik im Raum?

Frage 17		ja	nein	egal	Gesamt
Aufwendige Untersuchung	Anzahl	61	219	108	388
	%	15,7%	56,4%	27,8%	100,0%
Gastroskopie	Anzahl	91	105	156	352
	%	25,9%	29,8%	44,3%	100,0%

Wie empfanden Sie insgesamt die Atmosphäre während der Spiegelung?

Frage 18		Unangenehm	Weder noch	Angenehm	Gesamt
Aufwendige Untersuchung	Anzahl	15	94	269	378
	%	4,0%	24,9%	71,2%	100%
Gastroskopie	Anzahl	16	111	221	348
	%	4,6%	31,9%	63,5%	100%

Fühlten Sie sich umsorgt?

Frage 19		gut umsorgt	gar nicht umsorgt	weder noch	Gesamt
Aufwendige Untersuchung	Anzahl	365	8	15	388
	%	94,1%	2,1%	3,9%	100,0%
Gastroskopie	Anzahl	325	24	1	350
	%	92,9%	6,9%	0,3%	100,0%

Wie empfanden Sie die Aufklärung vor der Spiegelung?

Frage 21		Gar keine Aufklärung	Schlecht	Ausreichend	Sehr gut	Gesamt
Aufwendige Untersuchung	Anzahl	5	8	136	164	313
	%	1,6%	2,6%	43,5%	52,4%	100%
Gastroskopie	Anzahl	11	11	120	115	257
	%	4,3%	4,3%	46,7%	44,7%	100%

Hatten Sie vorher die Gelegenheit, über die Untersuchung, Probleme der Untersuchung u. evtl. Komplikationen mit dem Stationsarzt zu reden?

Frage 22		ja	nein	Gesamt
Aufwendige Untersuchung	Anzahl	295	67	362
	%	81,5%	18,5%	100,0%
Gastroskopie	Anzahl	259	83	342
	%	75,7%	24,3%	100,0%

Haben Sie Fragen zur Untersuchung gestellt?

Frage 23		Fragen gestellt	keine Fragen gestellt	Gesamt
Aufwendige Untersuchung	Anzahl	207	162	369
	%	56,1%	43,9%	100,0%
Gastroskopie	Anzahl	171	178	349
	%	49,0%	51,0%	100,0%

Die Antworten waren...?

Frage 23		gut verständlich	nicht ganz verständlich	Unverständ- lich	keine Antworten erhalten	Gesamt
Aufwendige Untersuchung	Anzahl	201	8	3	2	214
	%	93,9%	3,7%	1,4%	0,9%	100,0%
Gastroskopie	Anzahl	153	14	2	1	170
	%	90,0%	8,2%	1,2%	0,6%	100,0%

Hatten Sie Angst vor Komplikationen?

Frage 24		viel	mäßig	wenig	gar nicht	Gesamt
Aufwendige Untersuchung	Anzahl	36	92	156	106	390
	%	9,2%	23,6%	40,0%	27,2%	100,0%
Gastroskopie	Anzahl	22	83	120	127	352
	%	4,3%	4,3%	46,7%	44,7%	100%

Wurde mit Ihnen das Ergebnis der Spiegelung besprochen?

Frage 25		Nein	Ja, etwas knapp	Ja, ausführlich	Gesamt
Aufwendige Untersuchung	Anzahl	53	128	192	373
	%	14,2%	34,3%	51,5%	100%
Gastroskopie	Anzahl	84	100	160	344
	%	24,4%	29,1%	46,5%	100%

V DANKSAGUNG

Mein besonderer Dank gilt Frau Prof. Dr. med. Elke Roeb für die Überlassung des interessanten Themas, das in mich gesetzte Vertrauen und die fortwährende und vielfältige Unterstützung bei der Umsetzung der vorliegenden Arbeit. Zudem Frau Ute Seeger für die unterstützende Hilfe und Koordination während der Patientenbefragung.

Desweiteren möchte ich besonders meiner Familie danken, die mein Rückhalt war und immer sein wird. Besonders meinen beiden Eltern Elfriede und Dr. med. Lutz Wacarda für Ihre fortwährende Unterstützung und den Glauben an mich, sowie meinen liebevollen Schwestern Melanie, Gianna und Isabelle. Ohne Euch wären mein Medizinstudium und meine Promotion nicht möglich gewesen.

Meinem Schwager Morten Scheller und Dr. med. Björn Müller für die Hilfe und Zusammenarbeit während der Dissertation, sowie meinem verstorbenen Freund Geert Steffens, der einen großen Anteil am Gelingen der vorliegenden Arbeit hat.

Zuletzt danke ich meiner geliebten Ehefrau Stephanie Wacarda, die mich immer unterstützt und ermutigt meinen Weg weiter zu gehen. Du bist mein größtes Glück.

VI ERKLÄRUNG

Ich erkläre: Ich habe die vorgelegte Dissertation selbstständig, ohne unerlaubte fremde Hilfe nur mit den Hilfen angefertigt, die ich in der Dissertation angegeben habe. Alle Textstellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder nicht veröffentlichten Schriften entnommen sind, und alle Angaben, die auf mündlichen Auskünften beruhen, sind als solche kenntlich gemacht. Bei den von mir durchgeführten und in der Dissertation erwähnten Untersuchungen habe ich die Grundsätze guter wissenschaftlicher Praxis, wie sie in der „Satzung der Justus-Liebig-Universität Gießen zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis“ niedergelegt sind, eingehalten.

Daniel Troels Wacarda