



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

„Patientinnen-Zufriedenheit auf der
gynäkologischen Station der „Barmherzigen
Brüder“ in Wien“

Verfasserin

Nuran Ant

Angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, 2013

Studienkennzahl lt. Studienblatt:
Studienrichtung lt. Studienblatt:
Betreuerin/ Betreuer:

A 057 122
Pflegewissenschaft
Ao. Univ.-Prof. Mag. DDr. Matthias Beck

Vorwort

Gleich vorweg möchte ich erklären, warum mich dieses Studium und im weiteren Verlauf, das Thema „Patientinnen-Zufriedenheit auf der gynäkologischen Station der Barmherzigen Brüder Wien gewählt habe. Anfangs studierte ich mehrere Semester Medizin, schon nach einiger Zeit merkte ich, dass dies nicht das passende für mich war und wechselte zu dem Studium „Pflegerwissenschaft“. Ich wählte das Thema für meine Diplomarbeit um herauszufinden, wie die Patienten-Zufriedenheit in Krankenhäusern ist. Nachdem es hierzu schon mehrere Untersuchungen gab, wählte ich das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder. Das Haus war diesbezüglich sehr entgegenkommend und so war es mir möglich, eine qualitative Studie über die Patienten-Zufriedenheit auf der gynäkologischen Station des Krankenhauses durchzuführen.

Deshalb gelten mein besonderer Dank der Abteilungsleiterin der gynäkologischen Station und der Ethikkommission des Krankenhauses, die mir die Zustimmung für diese Untersuchung gaben, sowie dem Ärzte- und Pflegeteam. Ein besonderer Dank gilt vor allem meiner Familie, die mich in all den Jahren unterstützte, um mein Studium abschließen zu können. Ein großes Dankeschön auch an meinem Diplomarbeits-Betreuer Herrn Ao. Univ.-Prof. Mag. DDr. Matthias Beck, der mich mit viel Geduld und Unterstützung betreute und mir mit seinen Anregungen zur Seite stand.

Eidesstattliche Erklärung

Ich, Ant Nuran versichere,

dass ich die Diplomarbeit selbständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe;

dass ich dieses Diplomarbeitsthema bisher weder im In- noch im Ausland (einer Beurteilerin/einem Beurteiler zur Begutachtung) in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe;

dass diese Arbeit mit der vom Begutachter beurteilten Arbeit übereinstimmt.

Datum

Unterschrift

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	2
Inhaltsverzeichnis	4
Zusammenfassung	6
Abstract	9
Einleitung.....	12
0.1 Methoden.....	13
0.2 Forschungsleitendes Interesse und Forschungsstand.....	14
0.3 Aufbau der Arbeit.....	14
0.4 Begriffserklärungen im Kontext der Patienten-Zufriedenheit.....	15
1 Generelle Zufriedenheit von Patienten.....	19
2 Zufriedenheit durch die ärztliche Betreuung/Behandlung	24
2.1 Medizinischer Fortschritt und die moderne Technik.....	24
2.2 Diagnose und Behandlungsmethode	25
3 Zufriedenheit durch die Freundlichkeit/Hilfsbereitschaft	28
der Ärzte.....	28
3.1 Der erste Kontakt zwischen Arzt und Patient.....	28
3.2 Die Kommunikation zwischen Arzt und Patient.....	30
4 Zufriedenheit durch die Betreuung des Pflegepersonals.....	32
4.1 Aufnahmen in ein Krankenhaus und das Erstgespräch	32
4.1.1 Die Beziehung der Pflegenden zum Patienten und seiner Familie.....	33
4.1.2 Die Beziehung der Pflegenden zu sich selbst.....	34
4.1.3 Die Beziehung zu den Kollegen.....	34
5 Zufriedenheit durch die Freundlichkeit/Hilfsbereitschaft	35
des Pflegepersonals	35
5.1 Der erste Kontakt zwischen dem Patient und dem Pflegepersonal.	35
5.1.1 Die organisatorischen Informationen	36
5.1.2 Die pflegebezogenen Informationen	37
6 Lösungsvorschläge für die Zufriedenheit der Patienten	39
6.1 Qualitätskriterien für eine funktionierende pflegerische Beziehung	39
7 Schlusswort.....	44

8 Empirische Teile.....	47
8.1 Gynäkologie der Barmherzigen Brüder Wien.....	49
9 Deskriptive Statistiken.....	51
9.1 Zufriedenheit mit den Tagesabläufen und Räumlichkeiten	54
9.2 Zufriedenheit mit der ärztlichen Betreuung	69
9.3 Betreuung durch Pflegefachkräfte.....	77
9.4 Generelle Zufriedenheit der Patientinnen	84
9.5 Vorschläge der Patientinnen.....	90
10 Detailauswertungen	92
10.1 Zufriedenheit mit den Tagesabläufen und Räumlichkeiten	92
10.2 Zufriedenheit mit der Pflege.....	94
10.3 Zufriedenheit mit der ärztlichen Betreuung	96
10.4 Weiterempfehlungen.....	97
Interpretationen.....	106
Literaturverzeichnis	109

Zusammenfassung

Die hier vorliegende Arbeit untersucht die Patienten-Zufriedenheit auf einer gynäkologischen Station innerhalb eines Krankenhauses und wird im ersten Teil hermeneutisch und im zweiten Teil mittels der Fragebögen-Auswertung quantitativ abgehandelt. Ich wählte das Thema für meine Diplomarbeit um herauszufinden, wie die Patienten-Zufriedenheit in Krankenhäusern ist, da im Gesundheitswesen allgemeine Sparmaßnahmen und Umstrukturierungen erfolgten, die wiederum eine Qualitätsminderung bedeuten konnten. Nachdem es hierzu schon mehrere Untersuchungen gab, wählte ich das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Wien. Dieses Krankenhaus war diesbezüglich sehr entgegenkommend und so war es mir möglich, eine qualitative sowie quantitative Studie über die Patienten-Zufriedenheit auf der gynäkologischen Station des Krankenhauses durchzuführen.

Durch die subjektiv unterschiedliche Wahrnehmung von Zufriedenheit, die Patienten mit sich bringen, stellte sich daher die Frage, ob es möglich ist, mittels Fragebögen die Zufriedenheit von Patientinnen auf einer gynäkologischen Station festzuhalten, um heraus zu finden, ob sich diese Vermutung einer Qualitätsminderung bzw. der Umgang mit den Patientinnen bestätigt.

„Wie zufrieden sind die Patientinnen auf der gynäkologischen Station des Krankenhauses der „Barmherzigen Brüder“ in Wien?“

Ausgehend von dieser Forschungsfrage ist es ebenfalls notwendig, heraus zu finden, ob die Patientinnen auf der gynäkologischen Station im Blick auf geplante Behandlungen, Therapien oder chirurgische Eingriffe ausreichend informiert werden und wie das Verhalten seitens des Ärzte- und Pflegepersonals gegenüber den Patientinnen empfunden wird.

In der Forschung gibt es zwar verschiedene Untersuchungen über die allgemeine Zufriedenheit von Patientinnen in verschiedenen Krankenhäusern, es gibt jedoch den angestellten Recherchen zufolge

keine Untersuchung, die nur ein Krankenhaus mit nur einer Station untersucht hat. Um die hier vorgelegten Ergebnisse zur Patientinnen-Zufriedenheit auf der gynäkologischen Station des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder in Wien differenzieren bzw. explizieren zu können, wurde die hier vorliegende Untersuchung ausdrücklich auf die gynäkologische Station eingeschränkt. Die Fragebögen wurden so konzipiert, dass die Patientinnen ihre subjektive Einstellung und Wahrnehmung differenzieren konnten, damit das Ergebnis aussagekräftig wurde.

Die Ergebnisse der Fragebogenuntersuchung zeigten sehr deutlich, dass die generelle Zufriedenheit der Patientinnen mit der gynäkologischen Station als sehr hoch einzustufen ist. Wenn von den befragten Patientinnen Kritik geübt bzw. Verbesserungsvorschläge eingebracht wurden, betraf dies überwiegend die Ausstattung der Zimmer und der Station oder die Organisation von Abläufen. Nur zu einem sehr geringen Teil äußerten die befragten Patientinnen Verbesserungsvorschläge oder Kritik an der pflegerischen oder ärztlichen Arbeit. Bei Einstufung der Kompetenz der pflegerischen und ärztlichen Arbeit fehlen diese naheliegenden Vergleichsmodelle meist, wodurch deren Einschätzung und Bewertung meist schwerer fällt und seltener Verbesserungsvorschläge eingebracht werden können.

Bei der genaueren Analyse der Zufriedenheit mit der pflegerischen Betreuung zeigte sich, dass zwischen den verschiedenen befragten Aspekten teilweise signifikante Unterschiede bestehen. So wurde die Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft der Pflegefachkräfte besonders positiv beurteilt. Dies ist von besonderer Bedeutung, da die erlebte Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft der Pflegefachkräfte ein essentieller Bestandteil im Aufbau und der Aufrechterhaltung einer positiven Beziehung zwischen der Patientin und den Pflegefachkräften ist. Etwas negativer wurden hingegen jene Aspekte der pflegerischen Arbeit beurteilt, die auf mangelnde zeitliche Ressourcen zurückzuführen sind. So wurde sowohl die Zufriedenheit mit den zeitlichen Ressourcen für eine individuelle

Betreuung als auch die Zufriedenheit mit der zeitlichen Einhaltung der vorgesehenen Therapien signifikant negativer eingestuft. Dies legt natürlich den Schluss nahe, dass Sparmaßnahmen bei den Pflegefachkräften Auswirkungen auf die Zufriedenheit der Patientinnen haben. Diese Auswirkungen können durch den Arbeitseinsatz, die Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft der Pflegefachkräfte nach in Grenzen gehalten werden, aber sie sind bereits messbar. Die Aspekte Kommunikation und Empathie der Pflegefachkräfte wurden von den befragten Patientinnen generell sehr gut bewertet. Sie unterschieden sich dabei nicht signifikant von der hohen generellen Zufriedenheit mit der Arbeit der Pflegefachkräfte.

Interessant ist jedoch, dass sich die Zufriedenheit mit der Aufklärung durch die ÄrztInnen zwischen den verschiedenen erfragten Aspekten signifikant unterschied. So waren die befragten Patientinnen mit der Aufklärung über die Behandlung deutlich zufriedener, als mit der Aufklärung über die Diagnose, mit der Möglichkeit der Mitsprache bei der Behandlung und mit der Aufklärung über Verhaltensregeln in der Zeit nach der Entlassung. Für die Zufriedenheit der Patientinnen wäre es jedoch wichtig, dass nicht nur die Aufklärung über die Behandlung und mögliche Eingriffe sehr ausführlich stattfindet, sondern sich auch genügend Zeit genommen wird, um den Patientinnen die Diagnose zu erklären, ihnen eine Mitsprachemöglichkeit bei den Behandlungsmethoden gegeben wird und sie ausreichend Informationen über die Verhaltensregeln in der Zeit nach der Entlassung bekommen.

Abstract

The present paper examines the satisfaction of patients in the gynecological department of a hospital. The first part deals with the subject hermeneutically, the second part by evaluating questionnaires in a quantitative point of view. I have chosen the subject to find out how the satisfaction of patients in hospitals is because of austerity measures and restructuring in the public health system which could lead to a deterioration of quality. Because of the existence of various surveys on the subject I chose the hospital „Barmherzigen Brüder“ in Vienna. The infirmary was very helpful and this enabled me to carry out both a qualitative and a quantitative research about patient satisfaction in the gynecological ward of this hospital.

The subjective perception of satisfaction is different seen from the points of views of the patients leading to the question whether it is possible to achieve data about satisfaction of patients by using questionnaires presuming a reduction in quality due to shortages.

“How content are patients in the gynecological department of the infirmary „Barmherzigen Brüder“ in Vienna?”

Based on this research question it is necessary to find out whether the patients in the gynecological department are sufficiently informed in view of planned medical treatments, therapies or surgical interventions and how the behavior of the medical staff towards the patients is judged by them.

There are many research studies having been carried out on the general satisfaction of patients in different medical centers but there is according to conducted researches no single study concerning just one department in one infirmary. Therefore in order to differentiate and explain the results in a gynecological unit of the hospital „Barmherzigen Brüder“ in Vienna the present study is explicitly limited to this unit. The questionnaires have been clearly designed so that the patients could differentiate their subjective perceptions in order to produce significant results and evaluations.

The results of the research show clearly that the patients of the gynecological ward are highly satisfied. The results of the research show clearly that the patients of the gynecological ward are highly satisfied. They criticize, if at all, mainly the organizational processes and the equipment of the rooms. Just a small quantity of opinions expressed by the inquired patients referred to critics or improvements of the medical staff's work. The competence of the work of nurses and doctors could not be properly evaluated because of the lack of comparison.

On closer analysis of the contentment with medical care it turned out that there are partly significant differences concerning the various enquired aspects. The friendliness and helpfulness of the medical staff was judged extraordinarily positively. This is of special importance because the experienced friendliness is an essential part when creating and maintaining a positive relationship between patient and staff. However, more negatively, the aspects of medical care were seen being connected with the lack of time.

Thus, as a consequence, both the satisfaction of resources concerning the time spent on individual care and the contentment with the time management for the planned therapies were classified as significantly more negatively. These data suggest that the austerity measures concerning the medical staff have an impact on the satisfaction of the patients. These effects can be kept within limits by friendliness and helpfulness; however, they are statistically measurable. The aspects communication and emphatic behavior were evaluated generally as "very good" by the enquired patients. They did not make a significant difference from the generally high satisfaction with the medical work of the staff.

It may be of interest that the satisfaction varied significantly between the various enquired aspects concerning the doctor-patient consultations. Thus the enquired patients were much more content when having a consultation with the doctor about the ongoing medical treatment than with consultation about the diagnosis, with a greater involvement during

medical treatment and with medical protective measures after leaving the hospital. For the satisfaction of the patients are measures needed as follows: Very intensive doctor-patient consultations about medical treatments Greater involvement and option to self-decision while undergoing medical treatments sufficient information about a “medical conduct of behavior” after being discharged from hospital.

There are great differences between different aspects of the information of the patients through the doctors. The patients were much more satisfied with the information about the treatment than the information about the diagnosis or about the possibility of patient participation in treatment or with the information about the right way of life after leaving hospital. For a higher patient satisfaction would be important that they are not only informed about the treatment and necessary operations but enough time is spent on explaining the diagnosis, and more participation is given in methods of treatment and enough information about way of life after leaving hospital.

Einleitung

Durch die notwendigen Sparmaßnahmen und Umstrukturierungsprozesse innerhalb des Gesundheitswesens sowie die heutigen Erwartungen der Patienten an die Leistungen der Ärzte- und des Pflegepersonals, ist es schwierig, eine allgemeine Zufriedenheit der Patienten zu erreichen. Hinzu kommt, dass der Patient mittlerweile auch als Kunde betrachtet werden möchte, um noch mehr von den neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen der Medizin profitieren zu können. Damit stellt sich für das Ärzte- und das Pflegepersonal die Frage, inwieweit eine Zufriedenheit von Patienten überhaupt noch möglich ist und wenn ja, in welchem Umfang. Denn als Patient bzw. Kunde möchte der einzelne auch äußerst respektvoll und zuvorkommend behandelt werden, was eine große Herausforderung für alle Beteiligten ist. Denn zu unterschiedlich sind die Bedürfnisse und Wünsche der Patienten, so dass der tägliche Arbeitsdruck auf das Ärzte- und Pflegepersonal enorm gestiegen ist. Auf der einen Seite muss die vorgegebene Arbeit auf der Station rechtzeitig fertig sein, auf der anderen Seite soll sich das Ärzte- und Pflegepersonal noch persönlich mit den Patienten auseinander setzen, um deren Bedürfnisse und Wünsche zu erfassen und zu erfüllen.

Daher wurde es insgesamt im Gesundheitswesen und damit in der Krankenpflege mittlerweile üblich, Patienten als Kunden zu betrachten. Seda, Sabine (2009) verweist hierzu auf den Sachverhalt, dass wir durch unser heutiges Medizin- und Pflegeangebot in eine Geschäftsbeziehung treten, da diese, wie in diesem Fall, den Patienten bzw. Kunden und dem Dienstleistungserbringer von Nutzen ist.¹ Um diesen Sachverhalt besser verstehen zu können, wird nachfolgend die Definition von Seidel, Alina (2007) gebracht: „Dienstleistungen sind individuelle Leistungsprozesse mit überwiegend immateriellem Ergebnis, die von einem Individuum (Dienstleister) für die Bedürfnisbefriedigung eines anderen Individuums (Kunde) gegen Entgelt erbracht werden und dabei sowohl individuelles

¹ Sabine Seda, Diplomarbeit: Patientenzufriedenheit während des Spitalsaufenthaltes zur Katarakt Operation – ein Kriterium der Dienstleistungsqualität im Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel, Wien 2009, 8.

Leisten des Dienstleisters an dem bzw. für den Kunden als auch ein Interagieren der beiden im Rahmen des Leistungserstellungsprozesses wesentlich erforderlich machen.“²

Die heutige Umstrukturierung verlangt somit eine gut funktionierende Zusammenarbeit zwischen den Ärzten- und dem Pflegepersonal einerseits sowie dem Patienten andererseits, da dieser nicht nur einfach abgefertigt werden will, sondern genauestens über alles informiert sein möchte, was seine Behandlungen und Therapien betreffen. Ausgehend davon kann also gesagt werden, dass die Patienten als Kunden das Recht haben, in jeder Hinsicht mit Achtung und Respekt behandelt zu werden und in weiterer Folge in medizinischen Belangen selbst mitreden und mitentscheiden dürfen, sofern sie geistig dazu in der Lage sind, um einen zufriedenstellenden Prozess auf beiden Seiten zu gewährleisten. Zusätzlich gilt es, in der medizinischen Versorgung auch dann eine Leistung zu erbringen, wenn der Patient, der eine dringende Notbehandlung benötigt, keine finanzielle Vorleistung getätigt hat oder tätigen konnte. Somit erhält die Sichtweise vom Patienten zum Kunden eine Grenze, die sich in Ausnahmefällen überschneidet.

0.1 Methoden

Die hier vorliegende Arbeit untersucht die Patientinnen-Zufriedenheit auf einer gynäkologischen Station innerhalb eines Krankenhauses und wird im ersten Teil hermeneutisch und im zweiten Teil mittels der Fragebögen-Auswertung quantitativ abgehandelt. Im ersten Teil der Arbeit wird die feminine und maskuline Ausdrucksweise gemeinsam als maskuline Form verwendet, und im zweiten Teil bei den Fragebögen, nur die feminine Ausdrucksform, da die Fragebögen nur von weiblichen Patientinnen ausgearbeitet bzw. beantwortet wurden. Die Lösungsvorschläge werden darauf anschließend in maskuliner Ausdrucksform wieder gegeben werden.

² Alina Seidel, Kundenorientierte Kommunikation: Konzeptionalisierung und empirische Analyse im Dienstleistungsbereich, Wiesbaden 2007, 22.

0.2 Forschungsleitendes Interesse und Forschungsstand

Durch die enormen Sparmaßnahmen und der Umstrukturierungen innerhalb des Gesundheitswesens war es mir ein Anliegen heraus zu finden, ob sich dadurch die Patientenzufriedenheit verändert hat, denn Einsparungen könnten in weiterer Folge auch ein Qualitätsverlust bedeuten. Durch die subjektiv unterschiedliche Wahrnehmung von Zufriedenheit, die Patienten mit sich bringen, stellte sich daher die Frage, ob es möglich ist, mittels Fragebögen die Zufriedenheit von Patientinnen auf einer gynäkologischen Station festzuhalten, um heraus zu finden, ob sich diese Vermutung einer Qualitätsminderung bzw. der Umgang mit den Patientinnen verändert hat.

In der Forschung gibt es zwar verschiedene Untersuchungen über die allgemeine Zufriedenheit von Patientinnen in verschiedenen Krankenhäusern, es gibt aber den angestellten Recherchen zufolge keine Untersuchung, die nur ein Krankenhaus mit nur einer Station untersucht hat. Um die hier vorgelegten Ergebnisse zur Patientinnen-Zufriedenheit auf der gynäkologischen Station des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder in Wien differenzieren bzw. explizieren zu können, wurde die hier vorliegende Untersuchung ausdrücklich auf die gynäkologische Station eingeschränkt. Die Fragebögen wurden so konzipiert, dass die Patientinnen ihre subjektive Einstellung und Wahrnehmung differenzieren konnten, damit das Ergebnis aussagekräftig wurde.

0.3 Aufbau der Arbeit

Ausgehend von der Einleitung, werden die verschiedenen Kapiteln den jeweiligen Forschungsstand wiedergeben und im Anschluss daran folgt die Auswertung der Fragebögen. Zusätzlich werden einige Begriffe definiert, um diese für die hier vorliegende Arbeit zu verdeutlichen.

Forschungsleitende Frage

„Wie zufrieden sind die Patientinnen auf der gynäkologischen Station des Krankenhauses der „Barmherzigen Brüder“ in Wien?“

Ausgehend von dieser Forschungsfrage ist es notwendig, heraus zu finden, ob die Patientinnen auf der gynäkologischen Station im Blick auf geplante Behandlungen, Therapien oder chirurgische Eingriffe ausreichend informiert wurden und wie das Verhalten seitens des Ärzte- und Pflegepersonals gegenüber den Patientinnen war. Aus diesem Grund wird im Anschluss an die ausgewerteten Fragebögen ein Kapitel mit Lösungsvorschlägen angefügt, die nicht nur für diese gynäkologische Station zur Umsetzung gelten könnten, sondern für alle, die im Gesundheitswesen tätig sind.

Nicht unberücksichtigt bleiben darf, dass sich in den letzten Jahren der Pflegeberuf stark verändert hat. Das Pflegepersonal ist nicht mehr (nur) das Hilfspersonal der Ärzte, sondern ist seit 1997 (Diplomstudiengang) als neu gesetzlich geregelte Berufsgruppe anerkannt worden. Trotzdem hat sich offensichtlich der inoffizielle Status des Pflegepersonals innerhalb des Krankenhauses nicht wirklich verändert.³ Menschen bzw. Patienten, die in ein Krankenhaus kommen würden, müssten sich nicht nur an die neue Umgebung, sondern auch an dessen Tagesablauf gewöhnen. Dass das nicht immer reibungslos ablaufe, liege auf der Hand, da persönliche Gepflogenheiten ebenso erst miteinander abgestimmt werden müssten, um (erhebliche) Konflikte vermeiden zu können.⁴ Unabhängig davon, seien die Gesetze, die für das Gesundheitswesen gelten, seitens der Ärzte und dem Pflegepersonal zu beachten, die somit eine generelle Zufriedenheit der Patienten nicht immer zulassen würden.⁵

0.4 Begriffserklärungen im Kontext der Patienten-Zufriedenheit

Da es in der Pflege vorrangig ist, den Patienten wieder zu seiner alltäglichen Selbständigkeit zu führen, besteht die Notwendigkeit, dass ein Patient auch autonom denken und handeln kann. Nicht immer gelingt das, so dass es auch manchmal vorkommt, dass Patienten hierzu einen Coach benötigen, der ihnen in diesen Belangen hilft. Er ist hierzu ein Berater und

³ Claudia Leoni-Scheiber, Der angewandte Pflegeprozess, Wien 2004, 176.

⁴ Annegret Veit, Professionelles Handeln, 1. Auflage, Bern 2004, 187.

⁵ Werner Schell, 100 Fragen zum Umgang mit Mängeln in Pflegeeinrichtungen, Hannover 2011, 102.

Wegweiser, der Patienten wieder zur Autonomie und Selbständigkeit anleiten kann. Bei Konflikten steht er hilfreich zur Seite, ist aber keine Anlaufstelle für Patientenbeschwerden und/oder Fehlverhalten innerhalb des Krankenhauses.⁶ Wichtig wäre, dass die Ärzte und das Pflegepersonal sowie der Coach Empathie fähig sind, um die Möglichkeit zu haben, „Emotionen, Gefühle und Handlungen durch Beobachtung wahrzunehmen und sie gleichzeitig zu spiegeln und wieder geben zu können.“⁷ Vor allem in Gesundheit und Krankheit ist es hilfreich, diese Möglichkeit zu haben. Gesundheit und Krankheit werden ebenfalls oft sehr unterschiedlich interpretiert, sodass Empathie für eine Verständigung zwischen Arzt und Patient sowie dem Pflegepersonal notwendig ist. Neumann-Ponesch zitiert hier Parsons und schreibt, dass Gesundheit ein Zustand optimaler Leistungsfähigkeit sei und dem sozialisierten Menschen die Erfüllung seiner Aufgaben und Rollen innerhalb der Gesellschaft, in der er lebt, ermögliche. Und die Gesundheit bzw. Krankheit sei vorher schon genetisch festgehalten, würde aber von der jeweiligen Person sekundär selbst gesteuert, und von der Umwelt mit beeinflusst werden. Das würde somit auch die seelischen Vorgänge, und in weiterer Folge die seelische Gesundheit betreffen können.⁸

Würde man sich mit obiger Definition an die Physik lehnen, wie es mittlerweile auch schon in der Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters der Fall ist, so erkläre sich Gesundheit bzw. Krankheit folgendermaßen: „Gesundheit und Krankheit liegen auf einen Kontinuum, das sich von Negentropie bis Entropie erstreckt. Im negentropen Prozess wird Energie gespeichert und das System stabilisiert. Entropie bedeutet für Neumann, dass mehr Energie verbraucht wird, als vorhanden ist. Im schlimmsten Fall führt ein zu großer Energieverlust zum Tod. Gesundheit

⁶ Elmar Schmid (u.a.), Patientencoaching, Gesundheitscoaching und Case Management, Methoden im Gesundheitsmanagement von morgen, Berlin 2008, 29.

⁷ Martina Maria Mliner, Diplomarbeit: „Das Phänomen „Mitleid“ unter besonderer Berücksichtigung des Philosophen Werner Marx“, Wien 2011, 9.

⁸ Silvia Neumann-Ponesch, Modelle und Theorien in der Pflege, 2.Auflage, Wien 2011, 170.

ist ein Zustand optimalen Wohlbefindens, der in Anhängigkeit von der Energiebilanz definiert wird.“⁹

Ein dementsprechender Energieverlust und damit kranker Zustand wird daher bei vielen Menschen und vor allem auch bei Ärzten und dem Pflegepersonal Mitgefühl auslösen. „Bei Mitgefühl stellt man den anderen und nicht sich selbst in den Mittelpunkt. Mitgefühl hat man mit jemanden oder etwas, in dem man die gleichen Gefühle teilt. Es ist ein Gefühl, den anderen in seiner Situation zu verstehen. Ob Freude, Traurigkeit oder andere Emotionen spielen dabei keine Rolle. Der Unterschied zu Mitleid besteht darin, dass man beim Mitgefühl nicht emotional überschwemmt wird und jederzeit noch adäquate Handlungen setzen kann. Man kann sich noch innerlich abgrenzen. Durch diese Distanz besteht die Möglichkeit wirklich noch hilfreich sein zu können. Dadurch wird der andere in den Mittelpunkt gestellt.“¹⁰

„Bei Mitleid stellt man sich selbst und nicht den anderen in den Mittelpunkt. Interpretiert man dieses Wort so wie es ist, bedeutet es, dass jemand mit der leidvollen Situation eines anderen mitleidet. Dadurch besteht keine innere Distanz mehr und kann sich nicht mehr abgrenzen. Man wird emotional überschwemmt und weist eine ausgeprägte Erregbarkeit vor. Damit sieht man sich selbst im Mittelpunkt. Mitleid geht mit Selbst-Mitleid einher. Denn ohne Selbst-Mitleid gäbe es kein Mitleid mehr mit anderen.“¹¹

Um vor allem die Rechte der Patienten zu wahren, wurde eine Patientenorientierung vorgelegt, die es ermöglicht, sich an gewisse Richtlinien bei der Behandlung und Pflege der Patienten zu orientieren.

„Als Definition des Begriffs Patientenorientierung soll hier die Definition des Bundesministerium für Gesundheit genannt werden, demzufolge unter patientenorientierter Pflege eine Pflege zu verstehen ist, bei der nicht die

⁹ Ebd., 128f.

¹⁰ Mliner, 2011, 10.

¹¹ Ebd., 10.

Krankheit im Vordergrund steht, sondern die Person des Kranken ganzheitlich gesehen werden muss. Körper, Geist, Seele und soziales Umfeld werden also in diese Sichtweise einbezogen (BMG, 1985, S.4).“¹²

Oder zwei Jahre später: „Patientenorientierung heißt, dass sich im Rahmen eines therapiekonformen Betreuungsprozesses alle daran Beteiligten bemühen, die Erwartungen und die Bedürfnisse der PatientInnen kennen zu lernen und zu erfüllen.“¹³ Die Pflege selbst, definiert sich nach Henderson (1995) wie folgt: „Die besondere Funktion der Schwester besteht in Hilfeleistung für den einzelnen, ob krank oder gesund; in der Durchführung jener Handreichungen, die zur Gesundheit oder Genesung beitragen (oder zu einem friedvollen Tod), welche der Kranke selbst ohne Unterstützung vornehmen würde, wenn er über die nötige Kraft, den Willen und das Wissen verfügte. Diese Hilfeleistung hat in der Weise zu geschehen, dass der Kranke so rasch wie möglich seine Unabhängigkeit wieder erlangt“ (ICN, 1977, S.10).“¹⁴

¹² Stephan Backs (u.a.), Kommunikation und Pflege, Eine Untersuchung von Aufnahmegesprächen in der Pflegepraxis, Wiesbaden 1998, 9.

¹³ Ursula Trummer, Leitfaden zur Patient/inn/enorientierung des österreichischen Bundesministerium (BMGS 1997
http://www.patientenanwalt.com/fileadmin/dokumente/04_publicationen/patientenzentrierte_projekte/0405_UPatzenz_Trummer_proj.pdf, Wien 1997, 2.

¹⁴ Backs, 8.

1 Generelle Zufriedenheit von Patienten

Wie aus den bisherigen Forschungsergebnissen ersichtlich wurde, dürfte die Zufriedenheit der Patienten vorwiegend von drei Aspekten abhängen, nämlich der

- a) subjektiven Wahrnehmung
- b) ärztlichen und pflegenden Betreuung und
- c) Krankenkasse-Zugehörigkeit, da diese die finanziellen Möglichkeiten vorgibt,

wobei letzteres in dieser Arbeit keine Berücksichtigung finden wird, um den Rahmen dieser Arbeit nicht zu sprengen.

Noch vor einigen Jahrzehnten war es nur der Kranke, der einen Arzt aufgesucht hat. Mittlerweile hat sich diese Konstellation dahingehend verändert, dass auch der (noch) Gesunde ärztliche Betreuung in Anspruch nimmt, um präventiv zu handeln. Heutzutage erwarten Patienten zunehmend eine „ganzheitliche“ Behandlung bzw. Therapie und Pflege, die dem Patienten genügend Zeit mit dem Arzt zugesteht, um sich auch über persönliche Anliegen zu unterhalten. Aus diesen „neuen“ Erkenntnissen veranlasst dann das ärztliche Personal eine individuelle Betreuung.¹⁵

Nicht zu vernachlässigen ist, dass es schon allein durch die vorhandene multikulturelle Gesellschaft nicht wirklich möglich ist, als Arzt oder Pflegeperson allen gerecht zu werden. Zu unterschiedlich können die kulturellen Vorbedingungen sein und dadurch zu erheblichen Missverständnissen führen, da die jeweilige Ansicht, Einstellung, Erziehung etc. für die Zufriedenheit der Patienten ausschlaggebend ist.

Viele Patienten würden sich noch mehr Zusatzleistungen wie z. B.

- „Erinnerung für Impfungen, für Kontrolle- und Nachsorgeuntersuchungen,
- Compliance- Unterstützung,
- Terminvereinbarungen bei mit- und weiterbehandelnden Ärzten,

¹⁵ Vgl. Neumann-Ponesch, 169.

- Beauftragung von Pflegediensten,
- die Wahl der Kurklinik,
- die Suche nach einem geeigneten Sanitätshaus oder
- die Information über Sozialdienste und über anderweitige soziale Einrichtungen“¹⁶ wünschen.

Diese Zusatzleistungen würden von den Patienten als große Hilfe angesehen werden, wobei es heute noch für das ärztliche und pflegende Personal unmöglich erscheint, dem gerecht zu werden. Aus diesem Grund ist in einigen Krankenhäusern ein Coach eingestellt, damit den Patienten die Möglichkeit geboten wird, sich über die notwendigsten Abläufe einer weiteren Behandlung und Therapie, innerhalb als auch außerhalb des Krankenhauses zu informieren. Der Coach ist damit die Anlaufstelle für Beratung und Information, und steht den Patienten in den verschiedensten Bereichen des Gesundheitswesens hilfreich zur Seite.¹⁷ Nach dem der Patient die gewünschten und/oder notwendigen Informationen erhalten hat, ist es im Anschluss wichtig, ihn mit Fragen zu konfrontieren, um sich zu überzeugen, dass der Patient auch alles richtig verstanden hat.¹⁸ Aus dem heraus entsteht im weiteren Verlauf, vor oder nach dem Krankenhausaufenthalt, eine Vertrauensbasis, die auf Achtung, Respekt und Wertschätzung basiert sowie einer Balance zwischen Autonomie und Fürsorge.¹⁹ Dieses Gefühl der Wertschätzung trägt zusätzlich noch dazu bei, den Menschen als „ganzheitlich“ wahrzunehmen, und damit wieder mehr Einfluss auf seine Genesung zu haben.²⁰ Ein weiterer wichtiger Faktor für die Beurteilung der Patientenzufriedenheit besteht in der körperlichen Gesundheit. Das bedeutet, dass Menschen, die stärkere Beeinträchtigungen aufweisen, eher unzufrieden sind als solche, mit

¹⁶ Vgl. Schmid (u.a.), 40.

¹⁷ Vgl. ebd., 27.

¹⁸ Vgl. Scheiber, 35.

¹⁹ Andrea Fischer/Rainer Sibbel, Der Patient als Kunde und Konsument, Wie viel Patientensouveränität ist möglich? 1.Auflage, Wiesbaden GmbH 2011, 199f.

²⁰ Hannes Friedrich, Beitrag in: Das Verhältnis von Arzt und Patient: Der kalte Blick des Arztes- Hightech und Menschlichkeit, (Hrsg.) Martin Momburg/Dietmar Schulte, München 2010, 133.

wenigen.²¹ Hinzu kommen noch die sozialen Bedingungen, denen ein Mensch ausgesetzt ist, wie Zufriedenheit wahrgenommen wird.²²

Des Weiteren steht die Qualität der empfangenen Leistungen im Vordergrund, da der Patient auch mit der Leistung zufrieden sein möchte.²³ Dem steht jedoch die Unmöglichkeit gegenüber, die Qualität der empfangenen Leistung seitens der Patienten, beurteilen zu können, es sei denn, er käme selbst aus dem Gesundheitswesen. Einzig allein könnte der Patient beurteilen, ob die Ärzte und das Pflegepersonal menschlich und würdevoll mit ihm umgegangen sind. Daher kann eine Patienten-Zufriedenheit nur Ansatzweise als Orientierung dienen, um die menschlichen Bedürfnisse eines Patienten zu berücksichtigen bzw. zu gewährleisten. Denn auch unzufriedene Patienten, deren schlechte Launen charakterlich bedingt sind, können aufopfernd gepflegt und behandelt werden, und doch reicht diese aufopfernde Pflege meistens für solche Patienten für eine ausreichende Zufriedenheit nicht aus. Denn bei solchen Patienten steht die Krankheit im Vordergrund ihres Daseins und nicht die Betreuung und Pflege. Und eine Krankheit einfach verschwinden zu lassen, ist in vielen Fällen einfach nicht möglich. Daher führen sie sich auf, als möchte man ihnen nur das Leben noch schwerer machen, was von deren Blickwinkel ja auch stimmig ist, denn schließlich macht eine Krankheit nicht sehr zufrieden. Das Pflegepersonal hat in solchen Fällen die Erhaltung der Vitalfunktionen und die Zurückgewinnung der Leistungsfähigkeit und Lebensqualität im Blickwinkel, um den Kranken alsbald wieder mobil zu machen, sofern das überhaupt noch möglich ist.²⁴ Sharon K. Dingman weist darauf hin, dass sich hierbei die Ärzte bewusst werden sollten, dass Ängste und Befürchtungen im Vordergrund stehen könnten, die den Patienten völlig verunsichern, da er sich nicht dementsprechend artikulieren und verständigen kann.²⁵

²¹ Robert K. Applebaum (u.a.), Patientenzufriedenheit benennen, bestimmen, beurteilen, 1.Auflage, Bern 2004, 30.

²² Vgl. Friedrich, 128.

²³ Vgl. Applebaum, 34.

²⁴ Vgl. Friedrich, 125f.

²⁵ Mary Koloroutis, Beziehungsbasierte Pflege, Ein Modell zur Veränderung der Pflegepraxis, 1.Auflage, Bern 2011, 28.

Die Kommunikation zwischen dem Patienten und dem Ärzte- und Pflegepersonal ist jedoch von enormer Wichtigkeit, da sich die Patienten-Zufriedenheit ebenfalls daraus ergibt. Begründet wird dies folgendermaßen: „Die Kommunikation und Interaktion erfolgt in der Absicht, Hilfestellung bei Krankheit und Behinderung mit dem Ziel der Heilung, Linderung oder eines besseren Umgangs mit der Störung zu geben. Dabei sind von pflegerischer Seite unterschiedliche Kommunikationsformen denkbar von der direktiven Einflussnahme (Instruktion, Patientenedukation), bis zum gemeinsamen Aushandeln (Konsens, Dialog, Partizipation), abhängig von der Persönlichkeit, dem Krankheitsbild und kulturellen Einflüssen.“²⁶ Eine gelingende Kommunikation ist auch noch ausschlaggebend von der Delegation innerhalb eines Teams, wie diese funktioniert, da sich diese Art der gelingenden Kommunikation auch auf die ausübende Tätigkeit der Pflegekraft in weiterer Folge auf den Patienten auswirken bzw. übertragen.²⁷

Die erste Kommunikation, die zu einem zufriedenstellenden Prozess führt, ist demnach das Erstgespräch. Bei diesem wünschen sich die heutigen Patienten mehr Zeit um eine vertrauensvolle Beziehung herstellen zu können. Denn das Vertrauen spielt eine wesentliche Rolle für den Patienten und in weiterer Folge für sein Wohlbefinden, da beide unmerklich zusammen hängen und sich damit auf den weiteren Verlauf der Gesundheit bzw. Krankheit auswirken.²⁸ Um ein solches Vertrauen aufzubauen, darf seitens des Arztes oder des Pflegepersonals, wer auch immer dieses Erstgespräch führt, nicht außer Acht gelassen werden, dass der Patient womöglich schon im Vorfeld Ängste und Befürchtungen wegen des bevorstehenden Krankenhausaufenthalts mitbringt, mit denen sich das Pflegepersonal auseinander setzen sollte. Daher ist es notwendig, eine vertrauensvolle Atmosphäre, in der sich der Patient sicher, geborgen

²⁶ Matthias Elzer/Claudia Sciborski, Kommunikative Kompetenzen in der Pflege: Theorie und Praxis der verbalen und nonverbalen Interaktion, 1.Auflage, Berlin 2010, 38.

²⁷ Nancy Moore, Beitrag in: Pflege delegieren, (Hrsg.) Thomas Moser, 1.Auflage, Bern 2008, 80.

²⁸ Vgl. Seda, 33.

und informiert fühlt, herzustellen.²⁹ Das kann im weiteren Verlauf zu mehr Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Behandlungen bzw. Therapien führen.³⁰ Die Art und Weise, wie im Krankenhaus Behandlungen und Untersuchungen durchgeführt werden, stehen dann im direkten Zusammenhang mit der Patienten-Zufriedenheit.³¹

Aus eigener Erfahrung kann die Autorin selbst darüber berichten, dass eine generelle Zufriedenheit der Patienten den Ärzten und Pflegekräften sehr viel Kraft kostet und das wahrscheinlich mit ein Grund ist, warum Ärzte und Pflegekräfte kein wirkliches Interesse mehr haben, während ihrer Arbeitszeit auch noch mit Patienten eine persönliche Beziehung einzugehen. Denn wer ständig nur gefordert wird und unter Druck steht, hat wahrscheinlich auch kein Interesse mehr auf etwaige kräfteraubende Beziehungen, auch wenn Patienten noch so lieb, nett und entgegenkommend sind.

²⁹ Vgl. Veit, 171.

³⁰ Bernard Braun/Rolf Müller, Auswirkungen von Vergütungsformen auf die Qualität der stationären Versorgung, Band XXVI, Schwäbisch Gmünd 2003, 109.

³¹ Vgl. ebd., 118.

2 Zufriedenheit durch die ärztliche Betreuung/Behandlung

Bis Dato liegen noch nicht genügend Untersuchungen zu diesem Thema vor. Daher werden in diesem Kapitel nur ansatzweise die bisherigen Untersuchungen dargestellt und hinterfragt, die für diese Arbeit relevant sind.

2.1 Medizinischer Fortschritt und die moderne Technik

Momburg und Schulte (2010) haben damals festgestellt, dass mittels der heutigen modernen Technik und medizinischen Fortschritten, die sich in den letzten Jahrzehnten ergeben haben, sich der Mensch dieser technischen Struktur ausgeliefert fühlt und deshalb ein Humandefizit besteht. Die Ärzte von Heute verabsäumen es, den Menschen als Patient ganzheitlich zu betrachten und zu behandeln. Dem Patienten wird wenig bis gar keine Empathie und menschliche Zuwendung mehr entgegengebracht, und die Behandlungen bzw. Therapien werden auch nicht individuell auf den Menschen und seine Krankheit eingestellt. Es werden hauptsächlich die Symptome und nicht die Ursache einer Krankheit behandelt. Damit würde der Mensch als Patient „auf seinen Körper und der Körper auf seine Organe reduziert“.³² Hierbei darf jedoch nicht vergessen werden, dass es ohne diesen technischen Fortschritt und die daraus entstandenen medizinischen Technologie nicht möglich gewesen ist, den Menschen ein gesünderes und längeres Leben zu ermöglichen, das einem erlaubt, den alltäglichen Anforderungen gerecht zu werden.³³

Trotz diesem Wissen, wünscht sich der Patient von heute mehr Anteilnahme und Mitspracherecht bei seinen ärztlich verordneten Behandlungen und Therapien, um eventuell damit eine Vertrauensbasis zwischen Arzt und Patient zu gewährleisten. Dieses Vertrauensverhältnis ist von erheblicher Relevanz bei einem Behandlungserfolg und der Genesung eines Patienten, wie schon im vorigen Kapitel angesprochen

³² Vgl. Friedrich, 133f.

³³ Vgl. ebd. 150f.

wurde. Durch diese Vertrauensbasis fühlt sich der Patient gut aufgehoben und die anfänglichen Hemmungen verringern sich. In weiterer Folge ergibt sich wahrscheinlich daraus eine positive Mitarbeit des Patienten bei seiner Genesung, was somit nicht außer Acht gelassen werden darf. Bemerkt der Patient, dass der Arzt wirklich um seine Gesundheit besorgt und bemüht ist, so kann der Patient diese Sorge nachempfinden und wird sich auch an die Behandlungen bzw. Therapien halten.³⁴

Aus eigener Erfahrung hat die Autorin selbst erlebt, dass sich Patienten gegen eine Aufnahme bzw. Behandlung entscheiden und sich somit der Gefahr ausgesetzt haben, ihr Leben zu verlieren, weil sie nicht ausreichend genug informiert wurden. Um diese Gefahr zu vermeiden, solle der Arzt den Patienten unbedingt über die wichtigsten Details seiner Behandlung bzw. Therapien schon im Vorfeld informieren, damit der Patient freiwillig und selbständig über sein Leben entscheiden kann. Hierzu gehört vor allem eine gelungene Kommunikation zwischen Arzt und Patient, die dem Patient erlaubt, eine selbst getroffene und für sich adäquate Entscheidung zu treffen.

2.2 Diagnose und Behandlungsmethode

Die meisten Ärzte lernen bei ihrer Ausbildung nicht die notwendige Kommunikationsfähigkeit, die jedoch für gelingendes Miteinander sehr wichtig ist, um zu verstehen, dass jeder Mensch als individuelles Wesen wahrgenommen und behandelt werden will. Ebenfalls lernen die Ärzte bei ihrer Ausbildung hauptsächlich die verschiedensten Krankheiten kennen und diagnostizieren, die sich jedoch symptomatisch unterschiedlich zeigen können, sie aber für eine genaue Diagnose schon genügend Erfahrung bräuchten, kann es vorkommen, dass sie bei einem Patienten nicht ausreichend und gut genug diagnostizieren, und damit die gleiche Behandlung anweisen, die aber keine oder nur unzulängliche Wirkung zeigt. So kann es vorkommen, dass ein Patient mit dem Arzt, der noch nicht genug Erfahrungen gesammelt hat, nicht zufrieden ist. Denn für den

³⁴ Vgl. ebd. 150.

Patienten sieht es so aus, als würde der Arzt ohne genaue Diagnose die Krankheit und ohne genaues Hintergrundwissen behandeln. Für den Beginn einer Behandlung mag das stimmig sein, doch in weiterer Folge kann es einen erheblichen Unterschied machen. Und erst mit der Erfahrung begreift und erkennt ein Arzt, dass manche Krankheiten sich symptomatisch auch unterschiedlich bei Menschen zeigen können, genauso wie eine Behandlung, die dem anderen bei der gleichen Krankheit hilft, dem anderen nicht oder ihm sogar Schaden zufügt. Um hier eine Patienten-Zufriedenheit zu erreichen, wäre es hier angebracht, den Patienten über die geplante Behandlung bzw. Therapie soweit zu informieren, dass er auch erfährt, dass es auch noch andere Behandlungsmethoden für seinen Krankheitsfall geben wird, der Arzt sich aber für diese entschieden hat und hierbei dem Patienten die Gründe oder den Grund nennen sollte. Ebenfalls über mögliche Nebenwirkungen wäre hier eine ausreichende Information angebracht, damit der Patient zu seinem Arzt das Vertrauen behält, da er weiß, er hat ihn schon im Vorfeld darauf vorbereitet, wenn die Behandlung bzw. Therapie nicht so anspricht und verläuft, wie er es erwartet hat. Damit hält er den Arzt weiterhin für Kompetent, die passende Behandlung bzw. Therapie für ihn zu finden, wenn es notwendig sein sollte. Denn gerade diese Art von Kommunikation sei ausschlaggebend für den weiteren Behandlungserfolg bzw. Genesung eines Patienten, wie schon oben erwähnt wurde.

Um somit einen Patienten individuell diagnostizieren zu können, braucht es eben die vorher beschriebenen Aspekte als Hintergrundwissen, die dem Arzt die notwendigen Vorinformationen liefern, die dem Patienten und seinen Angehörigen, bei einer notwendigen Behandlung bzw. Therapie, wichtig sind. Davon ausgehend obliegt es, in weiterer Folge, dann bei beiden Parteien, dem Arzt und dem Patient sowie den Angehörigen, für welche Behandlungsschritte sie sich entscheiden und angeleitet werden sollen. Deshalb ist ein ärztliches Gespräch vor der Aufnahme und einem Behandlungstermin sehr wertvoll, da hierbei alle wichtigen Einzelheiten in

Erfahrung gebracht werden. Somit ist Beratung „im pflegerischen Zusammenhang präventiv, kurativ oder rehabilitativ eingesetzt“³⁵ worden. Damit dieses Ziel erreichbar ist, hängt der Erfolg vor allem vom zuständigen Arzt ab, meint die Autorin selbst, da der Arzt dem Patienten bzw. und seinen Angehörigen mit seiner ärztlichen Kompetenz bei allen Fragen beratend zur Seite stehen sollte, um ausreichende Information weiter zu geben, und der Patient bzw. und seine Angehörigen sich ein Bild über die weitere Behandlung bzw. Therapie machen und evtl. lernen kann, bei alltäglichen Einschränkungen, wieder für sich selber zu sorgen. Dieses Vorgehensweise ist schon in einigen Krankenhäuser mit Hilfe eines Coachs erreicht worden, der die beratende Funktion, aber „auch das Führen in den Begleiterkrankungen, im psychosozialen Umfeld sowie in der Logistik und im Ablauf von Diagnostik, Therapie und Nachsorge“³⁶ des Arztes übernimmt, sofern es nicht die ärztliche Schweigepflicht verletzt.³⁷

³⁵ Vgl. Elzer/Sciborski, 170.

³⁶ Schmid (u.a.), 28.

³⁷ Vgl. ebd. 47.

3 Zufriedenheit durch die Freundlichkeit/Hilfsbereitschaft der Ärzte

Ob ein Arzt freundlich und hilfsbereit ist, hängt nicht nur von seinem Charakter, sondern auch von seiner Tagesverfassung ab, meint die Autorin selbst. Ein müder Arzt, der evtl. gerade einen Nachtdienst mit mehreren Einsätzen hinter sich hat, wird wahrscheinlich weniger aufmerksam und freundlich sein können, als einer der gerade seinen Dienst angetreten hat. Dieses Phänomen kennt sicher jeder Mensch, weshalb es nachvollziehbar ist, wenn ein Arzt nicht den Wünschen eines jeden Patienten gerecht wird. Um aber die Bedürfnisse und Wünsche der Patienten besser verstehen zu können, wird in diesem Kapitel näher darauf eingegangen.

3.1 Der erste Kontakt zwischen Arzt und Patient

Sowohl der Arzt als auch der Patient haben schon im Vorfeld eine gewisse Vorstellung davon, wie sich gegenüber verhalten werden. Diese Erwartungshaltung spiegelt sich vor dem Erstgespräch, dem sogenannten Anamnesegespräch wider. Dieses erfolgt entweder gleich am ersten Tag der Aufnahme oder im Verlauf der nächsten Tage, je nachdem, ob der Patient ansprechbar ist und auf welcher Abteilung er liegt.³⁸ Verschiedene Faktoren bedingen hierbei die Ausführlichkeit und Länge eines solchen Anamnesegesprächs, wie z.B. der Grad der Erkrankung und die Pflegebedürftigkeit des Patienten sowie die therapeutischen Interventionen, die sich aus der Krankheit ergeben. Im Verlauf des Anamnesegesprächs wird der Arzt die aufschlussreichen und auch wichtigen Informationen erhalten, die ihn mittels seiner Erfahrungen dazu befähigen, den weiteren Behandlungsverlauf zu bestimmen.³⁹ Der Arzt wird im Anschluss daran dem Patienten den weiteren therapeutischen Verlauf erklären. Damit signalisiert er dem Patienten echte Anteilnahme und zeigt, dass er den Patienten mit seinen Ängsten und Befürchtungen ernst nimmt. Damit hat der Patient auch die Möglichkeit, seine Situation zu

³⁸ Vgl. Leoni-Scheiber, 39.

³⁹ Vgl. ebd., 40.

überdenken und sich für seine Behandlung bzw. Therapie dafür oder dagegen zu entscheiden. Diese Möglichkeit besteht aber nur dann, wenn beide Parteien, der Arzt und der Patient, sich mit gegenseitiger Achtung und Respekt, und damit auch mit Freundlichkeit und sogar Hilfsbereitschaft, begegnen. „Patientensouveränität setzt also effektiven Informationsaustausch voraus. Klinikbetreiber, die Patienten hierbei aktiv unterstützen, aufklären und somit auch Entscheidungskompetenz ermöglichen, können durch höhere Patientenbindung profitieren.“⁴⁰ Deshalb möchte ein Patient die Erwartung an ein Krankenhaus stellen dürfen, in Betreuung eines solchen Arztes zu kommen, der sich dem Patienten in dieser Art und Weise gegenüber verhält.⁴¹ Vor allem gegenseitige Empathie ist in solchen Fällen wünschenswert.

Fehlt die Empathie auf Seiten des Arztes, so kann es sein, dass der Patient wie ein Objekt behandelt wird und der Patient nicht die Möglichkeit hat, eine Beziehung, die auf Vertrauen basiert, einzugehen. Infolgedessen könnte der Patient, gegen den ärztlichen Rat, einen Entlassungsrevers unterschreiben, der eventuell mit negativen gesundheitlichen Risiken einhergehen könnte. Matolycz meint hierzu: „Jemandem das Gefühl zu vermitteln, wahrgenommen und verstanden zu werden, ist der logisch folgende Schritt, wenn der Kommunikationspartner darauf angewiesen ist, dass jene Botschaften „ankommen“, die er nur durch Gestik, Mimik oder Laute, also analog (vgl. Kap.I 1.4) „senden“ kann. Das gilt auch und gerade dann, wenn er das nicht bewusst tut, sondern wenn sie als Ausdruck von Verzweiflung und Hilflosigkeit gelten müssen.“⁴²

Auch ein Schmerz kann dazu führen, keine „normale“ und positive Kommunikation zu führen. Der Arzt steht dann vor einer Situation, in der er die Gemütslage des Patienten begreifen und mit dessen Auswirkungen

⁴⁰ Gerrit Fleige/Marc P. Phillip, Patientensouveränität als Chance – neue Handlungsspielräume für Krankenhäuser, Beitrag in: Der Patient als Kunde und Konsument, (Hrsg.) Fischer/Sibbel, 110.

⁴¹ Vgl. ebd., 110.

⁴² Esther Matolycz, Kommunikation in der Pflege, Wien 2009, 91.

umgehen muss, um überhaupt mit dem Patienten ein Gespräch führen zu können.

Hier zählt vor allem für den Patienten das Gefühl des ernstgenommen Werdens. Ist es nicht möglich, mit dem Patienten ein aufschlussreiches Gespräch zu führen, so wird der Arzt voraussichtlich seine ärztliche Tätigkeit während der Behandlung eher mechanisch-kompetent ausführen, um wenigstens auf diese Art und Weise medizinische Leistungen erbringen zu können. Schmerzen, aufgenommen und notoperiert werden. Das bestätigt wieder die Erwartungen der Patienten an einen Arzt und dem Pflegepersonal, die sich professionelle Hilfe erwarten bzw. wünschen und vor allem ernstgenommen werden wollen. Daraus sollte sich in weiterer Folge dann eine „helfend, therapeutische Beziehung“ entwickeln, die auf gegenseitiger Kooperation beruht.⁴³

3.2 Die Kommunikation zwischen Arzt und Patient

Um diesen Vorgang der Kommunikation und dem notwendigen Wissen wissenschaftlich zu erklären, besteht ein direkter Zusammenhang des sozialen Miteinanders auf die chemischen Botenstoffe eines Menschen, die die Gefühlsregungen, und damit auch die Herz- Kreislauf- Tätigkeit, und damit weiter die Immunabwehr beeinflusst. Somit sind zwischenmenschliche Beziehungen und die daraus folgende Kommunikation und Interaktion zwischen Arzt und Patient, zwischen Pflegefachkräfte und Patient sowie zwischen Krankenhaus und Patient und dessen Angehörige ausschlaggebend für Entscheidungen.

Des Weiteren sind sie auch Auslöser von positiven und negativen Zuständen, die wesentlich zur Bewältigung von Krankheiten sowie belastenden Behandlungen und Therapien beitragen. Die Voraussetzung hierfür, ist eine Beziehung zwischen technikorientierten und interaktionsorientierten Leistungen in der Medizin.⁴⁴

⁴³ Vgl. Elzer/Sciborski, 149.

⁴⁴ Vgl. Friedrich, 150f.

Diese Art von Kommunikation und Interaktion wird vereinzelt schon von einigen Ärzten und Patienten praktiziert, die hier schreibende Autorin selbst feststellen konnte, und ist damit nicht von der Hand zu weisen. Hingegen in Krankenhäusern, wo der Patient den Arzt gerade einmal nur bei der Visite zu sehen bekommt, lässt es sich sehr leicht anzweifeln, dass eine derartige Kommunikation und Interaktion stattfindet oder stattfand. Der Patient wird meistens nur mit einem abschließenden Medikamenten- und Entlassungsbrief nach Hause geschickt. Über den genauen Verlauf einer vorhandenen Krankheit und deren Behandlung bzw. Therapien wird allgemein nur unzureichend Auskunft gegeben. Für den Arzt ist es vor allem wichtig, dass sich der Patient strikt an seine Anweisungen hält, ohne diese zu hinterfragen. Vor allem bleibt den Ärzten auch gar keine Zeit, sich intensiv mit dem Patienten zu beschäftigen, was der Patient manchmal auch als Willkür betrachtet. Somit bleibt ihm nur die Möglichkeit, sich im Internet genauestens über seine Krankheit zu informieren. Konsultiert dieser Patient wieder den Arzt, so wird dem Patienten meistens erklärt er soll nicht alles glauben, was im Internet steht. Damit entsteht wieder ein Gefühl von Unzufriedenheit, das durch ein einfaches Aufklärungsgespräch vermieden werden kann.

4 Zufriedenheit durch die Betreuung des Pflegepersonals

Die Betreuung eines Patienten innerhalb eines Krankenhauses, bedeutet für den Patienten eine gravierende Umstellung. Der Patient muss sich auf eine neue Umgebung und neue Alltagsgepflogenheiten einstellen, das Pflegepersonal auf neuen Patienten. Da der Patient meist noch im Vorfeld keine Ahnung hat, was genau auf ihn zukommt, wartet er meistens erst einmal ab, bis jemand vom Pflegepersonal ihn über den Tagesablauf und den räumlichen Gegebenheiten informiert. Seine Ängste, Befürchtungen und Unsicherheiten halten hierbei meist solange an, bis er genau weiß, welche Behandlungen bzw. Therapien für ihn geplant wurden.

4.1 Aufnahmen in ein Krankenhaus und das Erstgespräch

Patienten, die aufgenommen werden, haben meistens sehr ähnliche bzw. gleiche Bedürfnisse, die oft Hilfe und Unterstützung von Seiten des Pflegepersonals benötigen. In einer solchen Situation ist ihnen oft schmerzlich bewusst, dass sie für ihre alltäglichen Gewohnheiten auf fremde Hilfe angewiesen sind. Daher ist das erste Gespräch von enormer Bedeutung, da dieses für die weitere Zusammenarbeit zwischen Patient und dem Pflegepersonal ausschlaggebend ist, denn die schmerzliche Situation kann das Pflegeanamnesegespräch dementsprechend negativ beeinflussen.⁴⁵

Um dieses Pflegeanamnesegespräch erfolgreich zu meistern, ist das Pflegepersonal angehalten, den Patienten mittels Anerkennung und Wertschätzung zu ermutigen, seine Bedenken und Hemmungen abzulegen.

Aber auch das Pflegepersonal benötigt dementsprechende Anerkennung und Wertschätzung, indem was es tut, damit diese auch weiterhin mit Zuversicht ihrer Arbeit nachgehen können und den Patienten eine professionelle Pflege zu ermöglichen. Vor einigen Jahren wurde deshalb damit begonnen, in einigen Krankenhäusern die „Beziehungsbasierte Pflege“ einzuführen. Diese gibt drei grundlegende Beziehungen vor:

⁴⁵ Vgl. Scheichenberger, 27f.

- a) die Beziehung der Pflegenden zum Patienten und seiner Familie
- b) die Beziehung der Pflegenden zu sich selbst und
- c) die Beziehung zu den KollegInnen.⁴⁶

Die Beziehungsbasierte Pflege begründet folgende Grundeinstellung den Patienten gegenüber: „Wenn das Mitgefühl und die Versorgung sich in einer Berührung, einer freundlichen Geste, einer kompetenten klinischen Intervention, im Zuhören oder in dem Versuch, die Erfahrung eines anderen zu verstehen, ausdrücken, entsteht eine heilende Beziehung.“⁴⁷ Hier wird noch angemerkt, dass es wichtig ist, zwischen Mitleid und Mitgefühl zu unterscheiden. Ein Patient hat hierzu selbst festgehalten: „Ich glaube Mitgefühl, also nicht Mitleid, das halte ich für sehr gefährlich. Aber das gehört zum Verstehen dazu, Mitgefühl. Zu versuchen, das mitzufühlen, wie es dem Patienten geht.“⁴⁸

4.1.1 Die Beziehung der Pflegenden zum Patienten und seiner Familie

Bei dieser Art von Pflegeeinstellung weiß das Pflegepersonal, dass jeder Patient unterschiedliche Lebenserfahrungen und eine individuelle Lebensgeschichte mitbringt. Diese sind wichtige Parameter die darüber entscheiden wie ein Patient seine Krankheit und Schmerzen erlebt. Daher wird das Pflegepersonal darauf bedacht nehmen, was dem Patienten und seiner Familie wichtig ist, und damit auf sein Wohlbefinden und Würde achten. Das bedeutet, dass das Pflegepersonal den Patienten und seine Angehörigen so viel wie möglich in dessen Aspekte der Pflege und Versorgung mit einbezieht.⁴⁹

Diese Art der Beziehungsbasierten Pflege kennt die hier schreibende Autorin vorwiegend in den Hospizspitälern, in denen die Patienten freiwillig ihre letzte Lebenszeit verbringen und das Pflegepersonal steht den Patienten jederzeit hilfreich für ihre Bedürfnisse und Wünsche zur Verfügung, soweit dies möglich ist.

⁴⁶ Vgl. Koloroutis, 21.

⁴⁷ Ebd., 21f.

⁴⁸ Veit, 216.

⁴⁹ Vgl. Koloroutis, 22.

4.1.2 Die Beziehung der Pflegenden zu sich selbst

„Diese Beziehung gründet auf Selbsterkenntnis und Selbstpflege. Selbsterkenntnis ist eine Bedingung für emotionale Reife, gesunde interpersonale Beziehungen und die Fähigkeit zur Empathie (Goleman, 1995). Ohne ein klares Verständnis des eigenen Selbst können die emotionalen Reaktionen eines Menschen sich ungünstig auf seine Pflege- und Teamfähigkeit auswirken. Eine effektive Selbstpflege heißt, dass jemand über das Wissen und das Können verfügt, mit seinen eigenen Belastungen fertig zu werden, seine persönlichen Bedürfnisse und Werte zu artikulieren und die Anforderungen seines Berufes, mit seiner physischen Gesundheit und seinem emotionalen Wohlbefinden in Einklang zu bringen. Die Beziehung zu sich selbst hat eine fundamentale Bedeutung für die optimale Aufrechterhaltung der eigenen Gesundheit, für die Fähigkeit zur Empathie gegenüber den Erfahrungen anderer und dafür, ein produktives Mitglied innerhalb des Ganzen zu sein.“⁵⁰

4.1.3 Die Beziehung zu den Kollegen

Diese Beziehung ergibt sich aus der gelungenen Selbstpflege und bedeutet, „dass der Einzelne über die Fähigkeit und das Wissen verfügt, mit den eigenen Schwierigkeiten fertig zu werden, seine persönlichen Bedürfnisse und Wertvorstellungen zu artikulieren und die Anforderungen seiner Arbeit mit seinem physischen und emotionalen Wohlbefinden und seiner Gesundheit in Einklang zu bringen“.⁵¹ Ist dieser Prozess gelungen, kann sich daraus eine bereichernde und profitable Teamarbeit ergeben, sofern alle Beteiligten zusammen arbeiten.

⁵⁰ Koloroutis, 22.

⁵¹ Ebd., 22.

5 Zufriedenheit durch die Freundlichkeit/Hilfsbereitschaft des Pflegepersonals

Pflegende werden schon im Vorfeld dazu angehalten, Empathie in Form von Einfühlungsvermögen, Geduld und Verständnisses zu haben. Letztendlich können sich die Pflegenden jedoch nur selbst an ihren eigenen Erfahrungswert orientieren und anhand ihrer Beobachtungen dementsprechend interpretieren.⁵² Eine Pflegeperson, die nach einem langen Arbeitstag und eventuell sogar Nachtdienst ausgebrannt und sich völlig erschöpft fühlt, wird kaum noch in der Lage sein, diese Eigenschaften aufzubringen. Sehr oft distanzieren sich diese Pflegepersonen und werden, wenn sie weiterhin bedrängt werden, sogar noch unhöflich und forsch.⁵³ Auch eine ausreichend fachliche Kompetenz schützt hierbei nicht vor diesem Problem. Denn der vorhandene Leistungsdruck an das ganze Pflgeteam ist meistens enorm, sodass dieses Verhalten nicht wirklich immer ein Leichtes ist.⁵⁴ Erst nach einer ausreichenden Erholung ist es wieder möglich, dem Patienten in angemessener Art und Weise zu begegnen, wie er es auch erwartet.

5.1 Der erste Kontakt zwischen dem Patient und dem Pflegepersonal

Schon der erste Kontakt kann ausschlaggebend dafür sein, wie der weitere Umgang zwischen Patient und Pflegenden sein wird. Dieser erste Kontakt ist insofern wichtig, dass den Patienten das Gefühl vermittelt wird, dass seine Mitarbeit bei den Behandlungen bzw. Therapien von entscheidender Bedeutung sind. Damit ist auch eine Zusammenarbeit zwischen Patient und Pflegenden erreicht, und der Patient fühlt sich ernst genommen und nicht ganz nutzlos, da er hierbei auch Eigenverantwortung übernimmt und die ganze Verantwortung nicht gleich vorweg an das Krankenhausteam bzw. Pflegepersonal abgibt. Damit übernimmt der Patient selbst Anteil an seiner Gesundheit, die hierbei an erster Stelle stehen sollte.

⁵² Vgl. Matolycz, 80.

⁵³ Vgl. Leoni-Scheiber, 32.

⁵⁴ Vgl. ebd., 160.

Zuweilen fühlen sich Patienten auch dem Pflegepersonal sowie deren Launen ausgeliefert, sodass es seitens der Patienten nachvollziehbar ist, wenn Ängste und Befürchtungen auftreten und sie lieber so schnell wie möglich wieder aus dem Krankenhaus wollen; ob mit oder manchmal auch ohne Behandlung! Daher ist es immer ratsam, ein offenes Gespräch mit dem Patienten zu führen, um mit ihm über diese Problematik zu sprechen und eine gemeinsame akzeptable Lösung zu finden, damit die weitere Behandlung erfolgen könne. Mit diesem Gespräch informiert man den Patienten über die weiteren Schritte seiner Behandlung, wobei hier zwischen zwei verschiedenen Arten von Informationen zu unterscheiden ist:

- „die organisatorische und
- die pflegebezogene Information.“⁵⁵

5.1.1 Die organisatorischen Informationen

Zu diesen gehören:

- Die ausreichende Informationen über den Gebrauch der Zimmereinrichtung und die Orientierung außerhalb des Zimmers sowie der Hinweis auf die alltäglichen Gewohnheiten des Krankenhauses, wie z. B. wann das Essen kommt und wo es die Getränke gibt.
- Die Information, wo man seine wertvollen Sachen deponieren kann.
- Die Information über die Besuchszeiten sowie über die An- bzw. Abmeldung vom Krankenhaus und anfallender Krankenhausgebühren.
- Die Information über ein vorhandenes Handy- bzw. Rauchverbot.
- Die Information, wie man mit der Außenwelt telefonisch oder anderweitig in Kontakt treten kann.
- Die Information über den Frisör und der Fußpflege, sofern sich diese innerhalb des Krankenhauses befinden.
- Die Information über die etwaige Teilnahme einer heiligen Messe und dem Beeth Saal sowie der Seelsorge etc.

⁵⁵ Leoni-Scheiber, 35.

Meistens sind alle diese Informationen in einer Informationsbroschüre festgehalten, die auf der Station bzw. in den Zimmern aufliegen, so dass sich jeder Patient schon im Vorfeld selbst darüber informieren kann.⁵⁶

5.1.2 Die pflegebezogenen Informationen

Diese „betreffen sämtliche von der Pflegeperson gesetzten gesundheits- und krankenpflegerischen Maßnahmen, unabhängig davon, in welchen Tätigkeitsbereich sie fallen (eigenverantwortlich, mitverantwortlich oder interdisziplinär). Medizinische Informationen wie radiologische, serologische oder andere Untersuchungsergebnisse, Indikationen, Kontraindikationen oder die Durchführung spezieller operativer Techniken, die Gabe von Chemotherapeutika und dgl. dürfen ausschließlich ÄrztInnen mitteilen. Erkennt die Pflegeperson derartige Wissensdefizite des Patienten bzw. der Patientin oder beklagen diese selbst Informationslücken, soll die Pflegeperson einen Termin mit dem oder der Zuständigen vermitteln, bei dem dann die offenen Fragen geklärt werden können.“⁵⁷

Im Bereich der pflegebezogenen Informationen gehört vor allem der eigenverantwortliche Bereich, der sowohl die sämtlichen Prophylaxen als auch die jeweiligen Risikofaktoren mit einbezieht. Hierzu ist es wünschenswert, wenn Patienten über die dokumentierten Pflegeinhalte informiert werden sowie über die Medikament Applikationen und den vorzunehmenden Behandlungen bzw. Therapien und Untersuchungen.⁵⁸ Daraus kann sich in weiterer Folge eine ganzheitliche Betreuung und Pflege ergeben wie Leoni-Schreiber es festgehalten hat: „Für ganzheitliche Arbeitsprozesse ist eine ausreichende Anzahl an qualifiziertem Personal, eine neue Form der Kooperation mit dem ärztlichen Personal sowie ein deutliches Engagement der Pflegepersonen

⁵⁶ Vgl. ebd., 36.

⁵⁷ Ebd., 36.

⁵⁸ Vgl. ebd., 37.

erforderlich.“⁵⁹ Eine solch gelungene Pflegebeziehung setzt jedoch voraus, dass auch die Intimsphäre und die Privatsphäre eines Patienten gewahrt werden, die sich bei Bettlägerigen Patienten sowieso schon auf ein Minimum reduziert.⁶⁰

Da nicht alle Menschen gleich sind in ihrem Charakter, möchte die Autorin noch darauf hinweisen, dass es auch Patienten gibt, die es absichtsvoll darauf anlegen, schwierig und streitsüchtig zu sein und auch aggressiv gegen das Pflegepersonal vorgehen. Dementsprechend ist es leicht nachvollziehbar, wenn sich die Pflegebeziehung nur noch auf das Notwendigste einer Betreuung bzw. Therapie beschränkt, damit diese unhaltbare Situation nicht eskaliert. Denn auch die Geduld einer Pflegeperson hat irgendwann einmal seine Grenzen erreicht.

⁵⁹ Ebd., 160.

⁶⁰ Vgl. ebd., 154f.

6 Lösungsvorschläge für die Zufriedenheit der Patienten

Wie schon in den vorigen Kapiteln erwähnt, ist es für die Patienten wichtig mit Achtung und Respekt behandelt zu werden um sich sicher und geborgen zu fühlen. Die Voraussetzung dafür gäbe es schon durch die Beziehungsorientierte Pflege, die diese Aspekte mit einbezieht. Der Patient wird hierbei wie ein Kunde bzw. König behandelt und seine Bedürfnisse und Wünsche berücksichtigt bzw. bei der Betreuung, Behandlung und Therapie mit einbezogen.

6.1 Qualitätskriterien für eine funktionierende pflegerische Beziehung

Ein Schweizer Pflegewissenschaftler namens Hulschers (2001), hat durch Literaturrecherche 27 Qualitätskriterien herausgearbeitet, die er in fünf Hauptthemen zusammengefasst hat.

Diese sind:

Einbeziehen: „Das Thema „Einbeziehen“ subsummiert fünf Kriterien. Die Pflegeperson orientiert sich an den individuellen Bedürfnissen der PatientInnen, lässt sie aktiv an Entscheidungen der Pflege teilnehmen, steht fortwährend im Austausch mit den PatientInnen und ist an häufigen Kontakten mit ihnen und ihren Angehörigen interessiert. Sie klärt auch ab, inwiefern die PatientInnen in den Pflegeprozess einbezogen werden möchten.“⁶¹

Fachkompetenz: „In dieser Rubrik steht das Kriterium, dass die Pflegeperson weiß, was getan werden muss. Sind diese Kriterien erfüllt, gibt das der Pflegeperson in vielerlei Hinsicht ein fast unerschöpfliches Potenzial an Kompetenz, insbesondere sozialer, menschlicher und fachlicher Natur. Die Art der pflegerischen Beziehung bestimmt demnach über die Inhalte des Pflegeprozesses und wie bzw. in welcher Qualität Interventionen durchgeführt werden.“⁶²

⁶¹ Ebd., 154.

⁶² Ebd., 154.

Informieren: „Unter „Informieren“ hat Hulschers drei Gütekriterien der Beziehung zusammengefasst: Die Pflegeperson ermöglicht den Zugang zu erforderlichen und verständlichen Informationen, vermittelt Sicherheit durch entsprechende Informationen und erklärt den PatientInnen, wann was geschehen wird.“⁶³

Unterstützen: „Die Pflegeperson unterstützt die Patientinnen so, dass sie selber individuelle Entscheidungen treffen und Kontrolle über sich und die Situation ausüben können. Sie unterstützt die PatientInnen in der Beziehung zu ihren Bezugspersonen, stärkt ihre Fähigkeit, die eigenen Möglichkeiten zu nutzen. Sie stellt Ressourcen zur Verfügung, geht auf die Bedürfnisse der PatientInnen ein und ermuntert sie, Bedenken und Gefühle anzusprechen sowie Entscheidungen über ihre täglichen Aktivitäten zu treffen. Mit dem Pflegeprozess bearbeitet sie die Probleme der PatientInnen und organisiert zusätzliche Unterstützung.“⁶⁴

Wertschätzen: „Unter „Wertschätzen“ hat Hulschers sieben Kriterien beschrieben: Die Pflegeperson respektiert die Individualität, die Wertvorstellung sowie die Privatsphäre des Menschen. Sie lässt den PatientInnen die Freiheit zu wählen, geht freundlich mit ihnen um, nimmt die Probleme aus ihrer Sicht wahr und hält eine respektvolle Distanz zu ihnen ein.“⁶⁵

Unter all den oben genannten Aspekten, wäre somit eine Patientenorientierte Betreuung bzw. Pflege möglich, die auf Partnerschaft basieren würde. Hierbei würden beide Partner, der Arzt und der Patient, gleichberechtigt, und beide würden den anderen in seinem Menschsein ernst nehmen. Dieses Verhalten würden sie auch während der gemeinsamen Interaktion(en) beibehalten können, sofern die jeweilige Einstellung hierfür vorhanden sei. Der Arzt mit seiner Fachkompetenz nehme Anteil an der Gesundheit des Patienten, bestimme aber nicht ganz

⁶³ Ebd., 154.

⁶⁴ Ebd., 153f.

⁶⁵ Ebd., 153.

alleine über die Behandlung(en) bzw. Therapie(n), die der Patient erhalten soll, sondern würde die Vor- und Nachteile in gemeinsamer Kooperation mit dem Patienten besprechen, um einen effektiven Behandlungserfolg erzielen zu können. Denn wenn ein Patient verstehen würde, welche Auswirkungen gewisse Behandlungen bzw. Therapien hätten, könne er sich auch dementsprechend darauf einstellen oder sogar noch von anderer Seite beraten lassen, um herausfinden zu können, für welche Behandlung bzw. Therapie er sich entscheiden und auch dabei bleiben würde. Damit würde der Patient einen Teil der Verantwortung selbst übernehmen und der Arzt könne dies als Mitarbeit gutheißen. Und damit wird die „Mündigkeit des Patienten/ der Patientin (mancherorts noch immer als Störfaktor des Routineablaufs erlebt) (...) so zum erwünschten, ja benötigten Ziel“.⁶⁶

Wie wichtig die Kommunikation zwischen Arzt und Patient ist, zeigt eine Untersuchung aus dem Glasgower Homeopathic Hospital. Dort hat man 200 Patienten die Möglichkeit gegeben, vier verschiedene Ärzte zu konsultieren, um ein Mitbestimmungsrecht bei ihrem Heilungserfolg zu haben. Die Erwartungen der Patienten an eine Heilung hing jedoch weder von der Behandlung noch der Überzeugung des Arztes ab, sondern von der Empathie des Jeweiligen. Je einfühlsamer bzw. mitfühlender und menschlicher der Arzt war, desto besser ging es im Anschluss daran dem Patienten.⁶⁷

Daher ist es notwendig, dass auch die Gesundheitsumgebung, in der sich der Patient befindet, dementsprechend darauf ausgerichtet ist, heilend und wohlwollend zu wirken. Dazu gehört vor allem eine Beziehungsorientierte Umgebung, die sich in der Betreuung und Pflege widerspiegelt. In dieser können sich der Patient und seine Familienangehörigen als gleichwertig anerkannt und wertgeschätzt sehen.

⁶⁶ Eva-Maria Baumer (u.a.), Patientenorientierte Stationsorganisation, Projekt von Februar 1998 – Dezember 2000, <http://www.univie.ac.at/qik/mp4/mp4.PDF>, am 22. November 2012/23.38 Uhr, 11.

⁶⁷ Rober Jütte, Homöopathie – das besondere Arzt-Patienten-Verhältnis, Beitrag in: Das Verhältnis von Arzt und Patient, (Hrsg.) Martin Momburg/Dietmar Schulte, München 2010, 71.

Daraus ließe sich dann in weiterer Folge die heilende Absicht der Patientenversorgung ableiten. Felgen begründet das wie folgt: „Die Gesundheitsversorgung kann nicht von der Umgebung getrennt werden, in der sie erbracht wird. Es besteht kein Zweifel, dass die Qualität der Umgebung die Genesung fördern oder verzögern kann. Jain Maikin“⁶⁸ Es stünde außer Frage, dass wir mit dieser Art von Pflegeanspruch schon in die Ethik kommen würden, da es dem Menschen möglich sei, ethisch zu handeln. Immanuel Kant habe dies mit seinem kategorischen Imperativ sehr treffend ausgedrückt: „handle nur nach derjenigen Maxime, durch die du zugleich wollen kannst, dass sie ein allgemeines Gesetz werde: (Kant 1968 Bd. VII:51)“⁶⁹ Diesen kategorischen Imperativ umgesetzt im Bereich der Betreuung und Pflege sehe dann nach Sciborski und Elzer so aus:

„1. kategorischer Imperativ der Kommunikation in der Pflege: ‚Kommuniziere mit und über den Patienten so, dass deine Kommunikation als ein Beispiel für kompetente pflegerische Kommunikation gelten kann.‘

2. kategorischer Imperativ der Kommunikation in der Pflege: ‚Kommuniziere mit deinem Patienten so, wie du dir als Patient wünschst, dass man mit dir spricht und umgeht‘.“⁷⁰

Diese beiden Imperativsätze der beiden Autoren lassen sich, bei genauerer Betrachtung, von der Bibel ableiten, in der steht, Jesus habe gesagt, „du sollst deinen Nächsten gleich wie dich behandeln“ und meinte damit ein mitmenschliches Verhalten, wie man selbst gerne behandelt werden möchte. Diese Möglichkeit besteht, wenn die Ärzte und das Pflegepersonal genug Freiraum zur Erholung haben und die Arbeitszeit nicht länger als die in anderen Berufsgruppen ist. Diese Umsetzung würde wahrscheinlich auch mehr Personal bedeuten, aber wieso sollte es im Gesundheitswesen anders sein als bei anderen Firmen? Es ist

⁶⁸ Jayne Felgen, Eine fürsorgende und heilende Umgebung, Beitrag in: Beziehungsbasierte Pflege, (Hrsg.) Mary Koloroutis, 1. Auflage, Bern 2011, 39.

⁶⁹ Elzer/Sciborski, 182.

⁷⁰ Ebd., 182.

wissenschaftlich schon längst bekannt, dass es Menschen mit unterschiedlichem Biorhythmus gibt. Daher wird es immer Menschen geben, die sehr gerne die „Frühschicht“ übernehmen und andere wiederum die „Nachtschicht“ bevorzugen. Der erste Schritt obliegt den Politikern, die über das notwendige Budget entscheiden. Damit gibt man auch den Krankenhäusern die Möglichkeit als ein Unternehmen zu gelten, dass noch vom Staat Förderungen und Zuschüsse erhalten, aber nach eigenen ökonomischen Kennzahlen handeln. Zurzeit „hinken die organisatorischen Strukturen den Ansprüchen eines modernen Dienstleistungsunternehmens beträchtlich hinterher“⁷¹, weshalb es noch immer unzufriedene Patienten gibt.

⁷¹ Baumer (u.a.), 15.

7 Schlusswort

Seit den Umstrukturierungen im Gesundheitswesen, wird es wahrscheinlich nur noch eine Frage der Zeit sein, bis Krankenhäuser „in einem noch stärkeren Spannungsfeld zwischen medizinischer Differenzierung und Dienstleistungssegmentierung auf Basis individualisierter Patientenwünsche und Patientenansprüche einerseits sowie der weiterhin angestrebten Sicherstellung des einheitlichen Versorgungsauftrags andererseits“⁷² die Konsequenzen zu spüren bekommen. Es gelte hier eine Anpassung der wirtschaftlichen Steuerungsmethodik und die Neuausrichtung innerhalb des Gesundheitsmarktes, die dementsprechend auf die Kundenbedürfnisse der Patienten ausgerichtet sein sollte.⁷³ Kunden- bzw. Patientenwünsche stehen auch weiterhin mit der Heilung und Linderung im Zusammenhang, sodass hierbei von einer Ergänzung hin zu einer Patientenorientierten Dienstleistung gesprochen werden kann. „Der Klinik-Wettbewerb von morgen beginnt somit nicht bei erkrankten Patienten, sondern bei den gesunden Entscheidern.“⁷⁴

Koloroutis beschreibt diesen Zustand wie folgt: „Wer die Kontrolle über die Entscheidungen innehat, wie die Aufgaben verteilt werden und die Beziehungen zwischen Führungspersonen und Mitarbeitern innerhalb der Organisation aussehen, wird durch Dezentralisierung verändert. Die Ebene des Managements übernimmt die Verantwortung für die Bereitstellung der Ressourcen, für das Erreichen guter finanzieller Ergebnisse und für die umfassende Qualitätssicherung der Patientenversorgung und der Dienste. Die Mitarbeiter auf der Station sind für den sorgfältigen Umgang mit den Ressourcen, für das Erreichen finanzieller Ziele und für die Erbringung, Überwachung und Bewertung ihrer pflegerischen Dienstleistungen verantwortlich. Das gelingende

⁷² Fleige/Philipp, 115.

⁷³ Vgl.ebd., 115.

⁷⁴ Ebd., 123.

Zusammenspiel dieser Aufgaben und Rollen ist die Voraussetzung für das Erreichen hochwertiger Ergebnisse.“⁷⁵

Das bedeutet, dass professionelle Leistung nicht nur nach deren Ergebnis, sondern auch nach der Gefühlsarbeit, die Ärzte und das Pflegepersonal bei ihrer Arbeit mit einbringen lernen müssen, beurteilt wird.⁷⁶ Abgesehen davon, wäre es hierzu notwendig, das Ärzte- und Pflegeteam von diversen Büroarbeiten zu befreien, damit sie sich auch wirklich auf ihre gelernte und notwendige Arbeit konzentrieren können. Denn bisher müssen sie doppelte Arbeit verrichten: einerseits sollen sie den meist notwendigen Bedürfnisse der Patienten mittels pflegerischem Können nachkommen, andererseits müssen sie noch zusätzliche Bürotätigkeiten erfüllen, die ihnen kaum noch, ohne unter Stress zu stehen, genügend Zeit für die Versorgung der Patienten lassen.⁷⁷

Mittels einer Studie wurde heraus gefunden, dass es dem Patienten in erster Linie bei der Zufriedenheit vor allem um die Kommunikation, Kontinuität, Sicherheit, Zeit und Zuverlässigkeit gehe, wie schon in den vorigen Kapiteln ersichtlich war. Ebenso ist es den Patienten wichtig, bei der Entlassung genügend Information mitzubekommen, wie die weitere nachstationärer Versorgung erfolgen solle.⁷⁸

„Tatsächlich ist es jedoch so, dass Patientenzufriedenheit und Mitarbeiterzufriedenheit untrennbar miteinander verbunden sind. Die Ziele laufen parallel: Unter ständigem Zeitdruck, wachsendem Aufwand für "patientenferne" Aufgaben (etwa Dokumentationen) und immer mehr Arbeitsteilung (woraus wiederum Informationsmängel und

⁷⁵ Koloroutis, 72.

⁷⁶ Vgl. Veit, 115.

⁷⁷ Klaus R. Schroeter, Pflege in Figuren – ein theoriegeleiteter Zugang zum ‚sozialen Feld der Pflege‘, Beitrag in: Soziale Ungleichheit und Pflege, Beitrag Sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung, (Hrsg.) Ullrich Bauer/Andreas Büscher, 1.Auflage, Wiesbaden 2008, 55.

⁷⁸ Bernhard J. Güntert/Günter Thiele, Gibt es eine Unterfinanzierung in der Pflege?, Beitrag in: Soziale Ungleichheit und Pflege, Beitrag sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung, (Hrsg.) Ullrich Bauer/Andreas Büscher, 1.Auflage, Wiesbaden 2008, 161.

Koordinationsschwierigkeiten resultieren) ist patientenorientiertes Arbeiten ebenso wenig möglich wie unter der Bedingung einseitiger Fachausbildungen, die das Erlernen psychosozialer Fertigkeiten fast völlig aussparen. Projekte zur Patientenorientierung geben MitarbeiterInnen daher die legitime Chance, gerade jene Dinge in Angriff zu nehmen, die sie selbst belasten.“⁷⁹

Als Abschluss möchte ich hierzu noch ein Nachwort von Mary Koloroutis bringen, die mit ihrem Engagement für eine Beziehungsbasierte Pflege die Situation sehr treffend beschrieben hat: „Die wahren Heiler sind jene, die dem Patienten den Raum geben, sich selbst zu heilen. Wir schaffen diesen Raum, indem jeder Einzelne von uns Caring verkörpert; wir schaffen diesen Raum durch eine Haltung der Fürsorge; wir schaffen diesen Raum durch die gezielte Herstellung einer die Heilung fördernden physischen Umgebung; und wir schaffen diesen Raum, indem wir pflegerische Organisationsformen entwickeln, die das Entstehen und die Förderung von Beziehungen unterstützen. Die Beziehungsbasierte Pflege fordert uns alle heraus, das Heilen jeden Tag neu zu praktizieren.“⁸⁰

⁷⁹ Baumer (u.a.), 48.

⁸⁰ Koloroutis, 205.

8 Empirische Teile

„Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien“



Trägerschaft Konvent der Barmherzigen Brüder Wien

Ort Johannes von Gott Platz 1, 1020 Wien

Leitung Frater Paulus Kohler OH, Prior und
Rechtsträgervertreter

Versorgungsstufe Schwerpunktkrankenhaus

Betten 411

Mitarbeiter rund 850

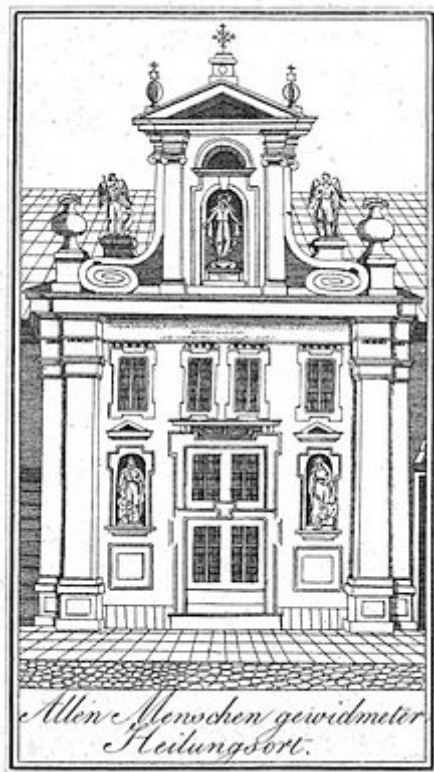
Fachgebiete 9 medizinische Abteilungen, 2 Institute,
Zahnambulanz, Gehörlosenambulanz und
Interdisziplinäres Brustgesundheitszentrum

Gründung 1614

Website <http://www.bbwn.at/>



Luftaufnahme Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien



☐ Kloster der Barmherzigen Brüder in der Taborstraße, Stich von 1812



☐ Erweiterungsbau aus 1905

Das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien ist das größte und älteste Ordensspital in Wien. Das vom Wiener Konvent der Barmherzigen Brüder geführte Schwerpunktkrankenhaus verfügt über 411 Betten und versorgt jährlich ca. 29.000 stationäre Patienten und rund 130.000 Ambulanzfälle.

Das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien ist Lehrkrankenhaus der Medizinischen Universität Wien sowie Pflegewissenschaftliches Ausbildungskrankenhaus der UMIT, Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik GmbH. Seit 1978 betreibt das Krankenhaus eine eigene Pflegeakademie. Bekannt ist das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien auch für die Behandlung von mittellosen und unversicherten Menschen. Finanziert werden diese Leistungen durch die fünf Mal jährlich stattfindende Spendensammlung, auch Haussammlung genannt.“⁸¹

„Aus- und Weiterbildung

Auch im Bereich der Ausbildung junger Menschen leistet das Krankenhaus in der Leopoldstadt einen wichtigen Beitrag, denn es ist seit dem Wintersemester 2005/2006 Lehrkrankenhaus der Medizinischen Universität, Pflegewissenschaftliches Ausbildungskrankenhaus der UMIT (seit 2010) und führt seit 1978 eine eigene Krankenpflegeschule. Durch die Kooperation mit der UMIT können Studierende des „Kombistudiums Pflege“ sowohl die Berufsberechtigung für den gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege (Diplom) als auch zusätzlich einen universitären Abschluss in der Pflegewissenschaft (Bachelor of Science in Nursing, BSCN) erlangen.“⁸²

8.1 Gynäkologie der Barmherzigen Brüder Wien

„Unsere Abteilung der Gynäkologie – Erste Adresse in Fragen der Frauengesundheit! Unsere Abteilung für Gynäkologie am Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien ist um eine **ganzheitliche Versorgung** unserer Patientinnen auf höchstem medizinischen Niveau bemüht. Dazu gehört für uns selbstverständlich auch ein individueller und respektvoller Umgang mit allen sich uns anvertrauenden Patientinnen.“⁸³

⁸¹ http://de.wikipedia.org/wiki/Krankenhaus_der_Barmherzigen_Br%C3%BCder_Wien

⁸² Ebd.

⁸³ Ebd.

Auf der gynäkologischen Abteilung befinden sich zurzeit sieben Zimmer mit insgesamt 20 Betten. Es arbeiten zurzeit zehn Diplomierte Krankenschwestern und vier PflegehelferInnen sowie zehn Ärzte/Ärztinnen.



Primaria Univ.-Doz. Dr. Barbara Bodner-Adler (rechts) mit Stationsleiterin DGKS Andrea Stoiber (links) und DGKS Andrea Wukovits⁸⁴

⁸⁴ Ebd.

9 Deskriptive Statistiken

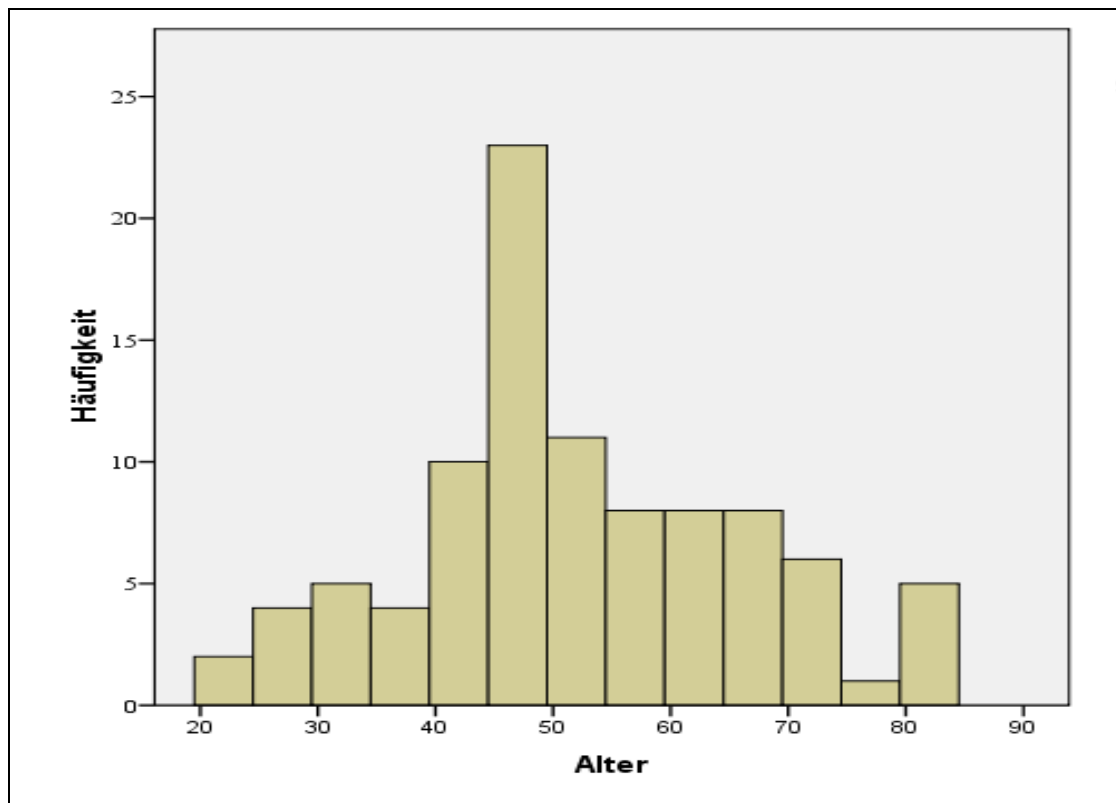
Insgesamt wurden 150 Fragebögen ausgeteilt, wovon 95 ausgefüllt und zwei unausgefüllt retourniert wurden. Somit ergibt sich eine Rücklaufquote von 63,3%. Bei den verschiedenen Fragen zur Zufriedenheit hatten die Patientinnen neben den Kategorien, sehr zufrieden, eher zufrieden, eher unzufrieden und sehr unzufrieden auch die Antwortmöglichkeit „Kann ich nicht beurteilen“. Da nicht alle Fragestellungen für alle teilnehmenden Patientinnen gleichermaßen zutreffend waren, wurde diese Antwortmöglichkeit auch genützt. In der statistischen Auswertung wurden diese Antworten nicht extra berücksichtigt, sondern der Kategorie fehlende Antwort zugerechnet. Bei den Detailauswertungen und Mittelwertsvergleichen wurden somit nur jene teilnehmenden Patientinnen berücksichtigt, die die jeweiligen Fragen vollständig beantwortet hatten.

Alter

Das Alter der befragten Patientinnen lag zwischen 22 und 84 Jahren wobei das Durchschnittsalter bei 52 ,01 Jahren, der Median bei 49 Jahren lag.

Deskriptive Statistiken

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Alter	95	22,00	84,00	52,0105	14,09353
Gültige Werte (Listenweise)	95				



Grafik:

Versicherung

Der überwiegende Teil der befragten Patientinnen waren bei einer Gebietskrankenkasse versichert (87,5%), sechs Patientinnen bei der BVA (6,3%), drei Patientinnen bei der KfA (3,1%) und eine Patientin war privat versichert. Die beiden restlichen Patientinnen waren bei der SVA und der SVB (Sozialversicherungsanstalt der Bauern) versichert.

Versicherung

	Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig GKK	84	87,5	87,5	87,5
BVA	6	6,3	6,3	93,8
KfA	3	3,1	3,1	96,9
Private Kassen	1	1,0	1,0	97,9
sonstige	2	2,1	2,1	100,0
Gesamt	96	100,0	100,0	

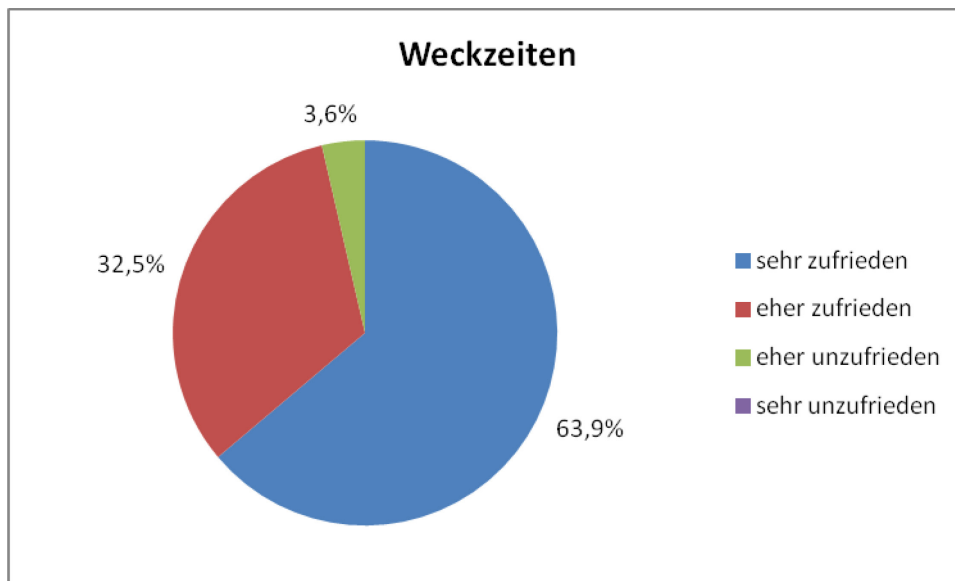
9.1 Zufriedenheit mit den Tagesabläufen und Räumlichkeiten

Frage 1: Zufriedenheit mit der Weck-Zeit?

Mehr als die Hälfte der befragten Patientinnen waren mit den Weckzeiten sehr zufrieden (63,9%), rund ein Drittel waren eher zufrieden (32,5%). Eher unzufrieden waren nur drei der befragten Patientinnen (3,6%).

Weck-Zeiten

		Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr zufrieden	53	55,2	63,9	63,9
	eher zufrieden	27	28,1	32,5	96,4
	eher unzufrieden	3	3,1	3,6	100,0
	Gesamt	83	86,5	100,0	
Fehlend System		13	13,5		
Gesamt		96	100,0		

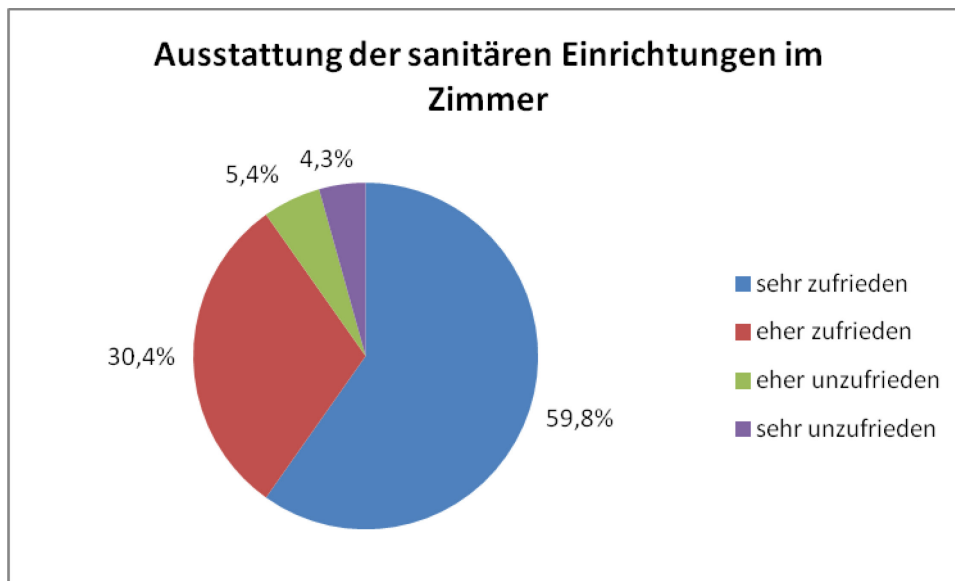


Frage 2: Ausstattung der sanitären Einrichtungen im Zimmer?

Eine ähnliche Verteilung zeigt sich auch bei der Zufriedenheit mit der Ausstattung der sanitären Einrichtungen in den Zimmern. Rund 90% der befragten Patientinnen zeigten sich damit sehr zufrieden (59,8%) oder zumindest zufrieden (30,4%). Nur jede circa 10. Befragte waren hingegen eher (5,4%) bis sehr unzufrieden (4,3%) damit.

Ausstattung der sanitären Einrichtungen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr zufrieden	55	57,3	59,8	59,8
	eher zufrieden	28	29,2	30,4	90,2
	eher unzufrieden	5	5,2	5,4	95,7
	sehr unzufrieden	4	4,2	4,3	100,0
	Gesamt	92	95,8	100,0	
Fehlend	System	4	4,2		
Gesamt		96	100,0		



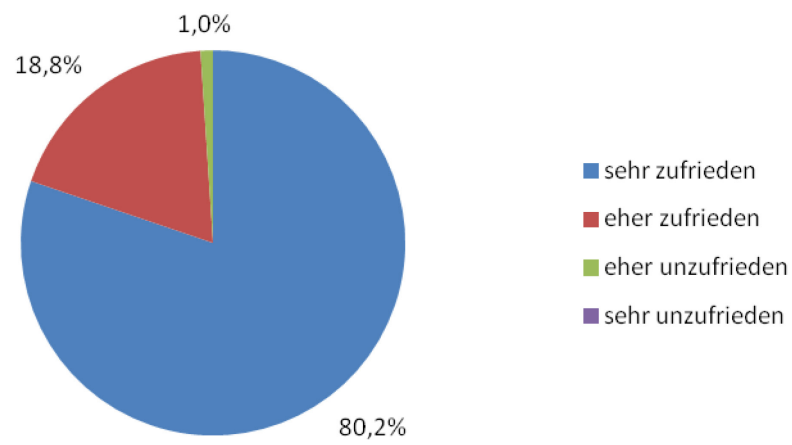
Frage 3: Sauberkeit und Hygiene im Zimmer?

Mit der Hygiene und Sauberkeit im Zimmer waren 80% der befragten Patientinnen sehr zufrieden, rund 19% waren damit eher zufrieden. Nur eine einzige Befragte zeigte sich mit der Hygiene und Sauberkeit im Zimmer eher unzufrieden (1%).

Sauberkeit und Hygiene im Zimmer

	Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig sehr zufrieden	77	80,2	80,2	80,2
eher zufrieden	18	18,8	18,8	99,0
eher unzufrieden	1	1,0	1,0	100,0
Gesamt	96	100,0	100,0	

Sauberkeit und Hygiene im Zimmer

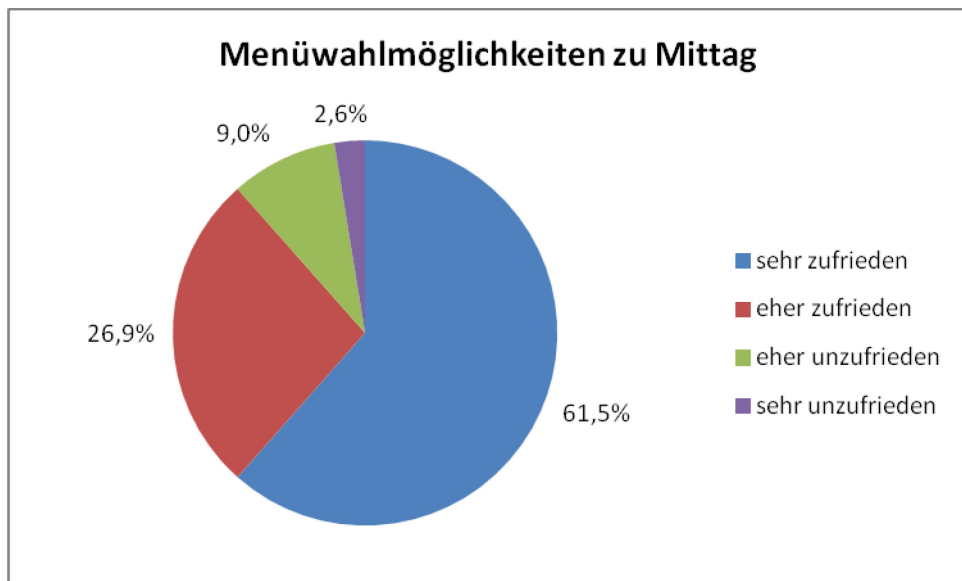


Frage 4: Menüwahlmöglichkeiten zu Mittag?

Mit den Auswahlmöglichkeiten bei den Mittagsmenüs waren 48 befragte Patientinnen sehr zufrieden (61,55). 21 Patientinnen gaben an eher zufrieden zu sein (26,9%), Sieben waren eher unzufrieden (9%) und zwei waren sehr unzufrieden (2,6%).

Menüwahlmöglichkeiten zu Mittag

	Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig sehr zufrieden	48	50,0	61,5	61,5
eher zufrieden	21	21,9	26,9	88,5
eher unzufrieden	7	7,3	9,0	97,4
sehr unzufrieden	2	2,1	2,6	100,0
Gesamt	78	81,3	100,0	
Fehlend System	18	18,8		
Gesamt	96	100,0		

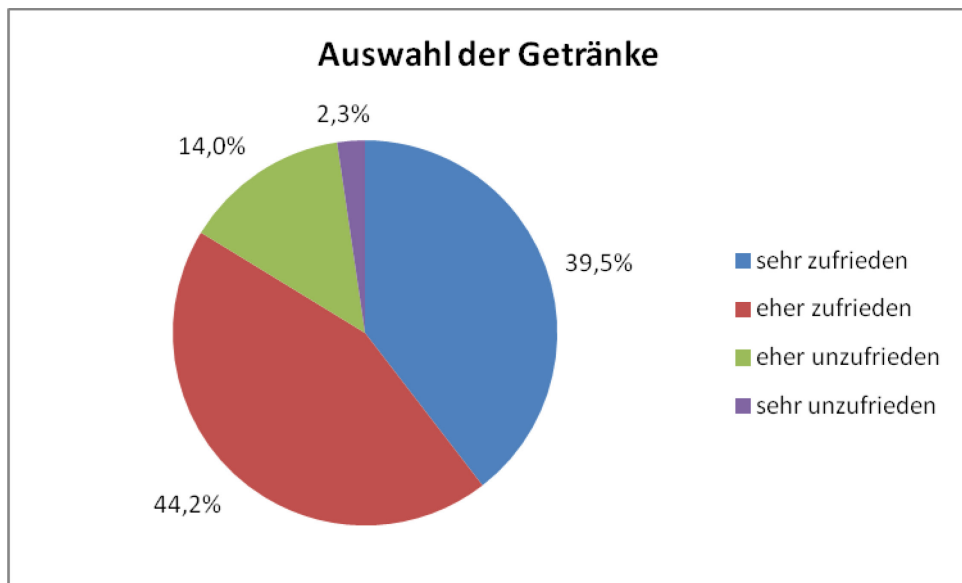


Frage 5: Auswahlmöglichkeiten an Getränken?

Nur rund 40% der befragten Patientinnen gaben an mit den Auswahlmöglichkeiten an Getränken sehr zufrieden zu sein. Am häufigsten gaben die Patientinnen an mit der Getränkeauswahl eher zufrieden zu sein (44,2%), 14% waren eher unzufrieden und zwei Befragte waren sehr unzufrieden (2,3%).

Auswahlmöglichkeiten an Getränken

	Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig sehr zufrieden	34	35,4	39,5	39,5
eher zufrieden	38	39,6	44,2	83,7
eher unzufrieden	12	12,5	14,0	97,7
sehr unzufrieden	2	2,1	2,3	100,0
Gesamt	86	89,6	100,0	
Fehlend System	10	10,4		
Gesamt	96	100,0		



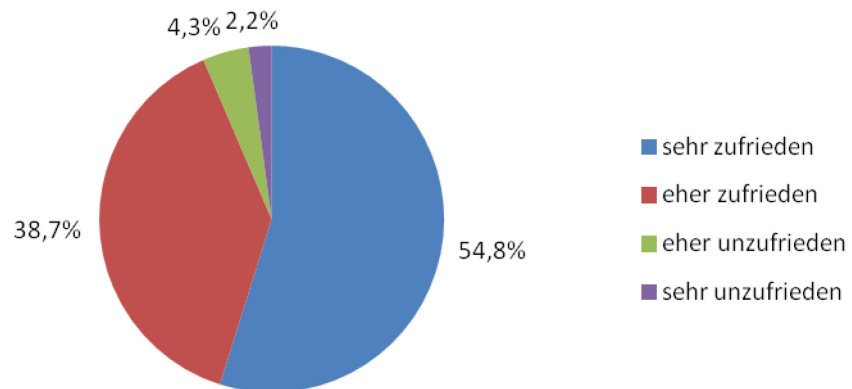
Frage 6: Ausstattung der sanitären Einrichtungen auf der Station?

Mit der Ausstattung der sanitären Einrichtungen auf der Station waren etwas mehr als die Hälfte der Befragten sehr zufrieden (54,8%). 38,7% gaben an eher damit zufrieden zu sein, 4,3% waren eher unzufrieden und 2,2% waren damit sehr unzufrieden.

Ausstattung der sanitären Einrichtungen auf der Station

	Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig sehr zufrieden	51	53,1	54,8	54,8
eher zufrieden	36	37,5	38,7	93,5
eher unzufrieden	4	4,2	4,3	97,8
sehr unzufrieden	2	2,1	2,2	100,0
Gesamt	93	96,9	100,0	
Fehlend System	3	3,1		
Gesamt	96	100,0		

Ausstattung der sanitären Einrichtungen auf der Station

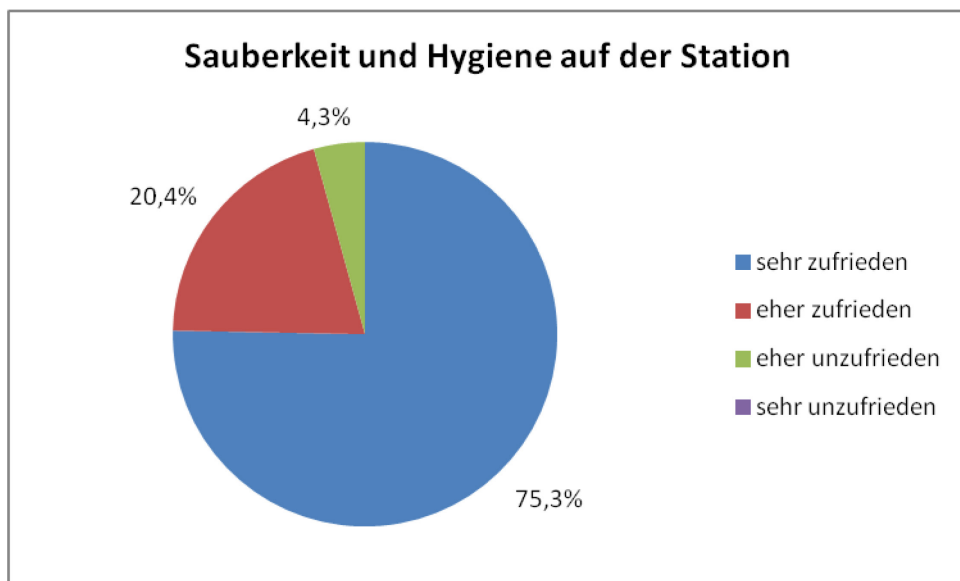


Frage 7: Sauberkeit und Hygiene auf der Station?

Dreiviertel der befragten Patientinnen zeigten sich mit der Sauberkeit und der Hygiene auf der Station sehr zufrieden (75,3%), 20,4% waren eher zufrieden und nur vier Patientinnen waren eher unzufrieden (4,3%).

Sauberkeit und Hygiene auf der Station

	Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig sehr zufrieden	70	72,9	75,3	75,3
eher zufrieden	19	19,8	20,4	95,7
eher unzufrieden	4	4,2	4,3	100,0
Gesamt	93	96,9	100,0	
Fehlend System	3	3,1		
Gesamt	96	100,0		



Frage 8: Beschilderung und Wegweiser auf der Station?

Zwei Drittel der Patientinnen waren mit der Beschilderung und den Wegweisern auf der Station sehr zufrieden (66%). Rund 30% waren damit eher zufrieden und nur 3,2% waren damit eher unzufrieden.

Beschilderung/Wegweiser auf der Station

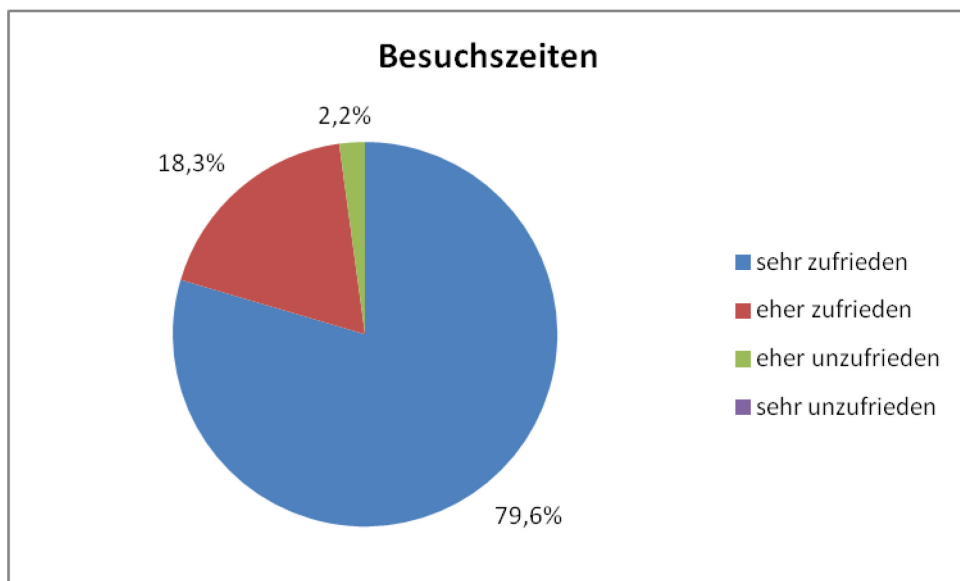
	Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig sehr zufrieden	62	64,6	66,0	66,0
eher zufrieden	29	30,2	30,9	96,8
eher unzufrieden	3	3,1	3,2	100,0
Gesamt	94	97,9	100,0	
Fehlend System	2	2,1		
Gesamt	96	100,0		

Frage 9: Besuchszeiten?

Rund 80% der befragten Patientinnen waren mit den Besuchszeiten sehr zufrieden, 18,3% gaben an damit eher zufrieden zu sein und nur 2,2% waren eher unzufrieden.

Besuchszeiten

	Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig sehr zufrieden	74	77,1	79,6	79,6
eher zufrieden	17	17,7	18,3	97,8
eher unzufrieden	2	2,1	2,2	100,0
Gesamt	93	96,9	100,0	
Fehlend System	3	3,1		
Gesamt	96	100,0		

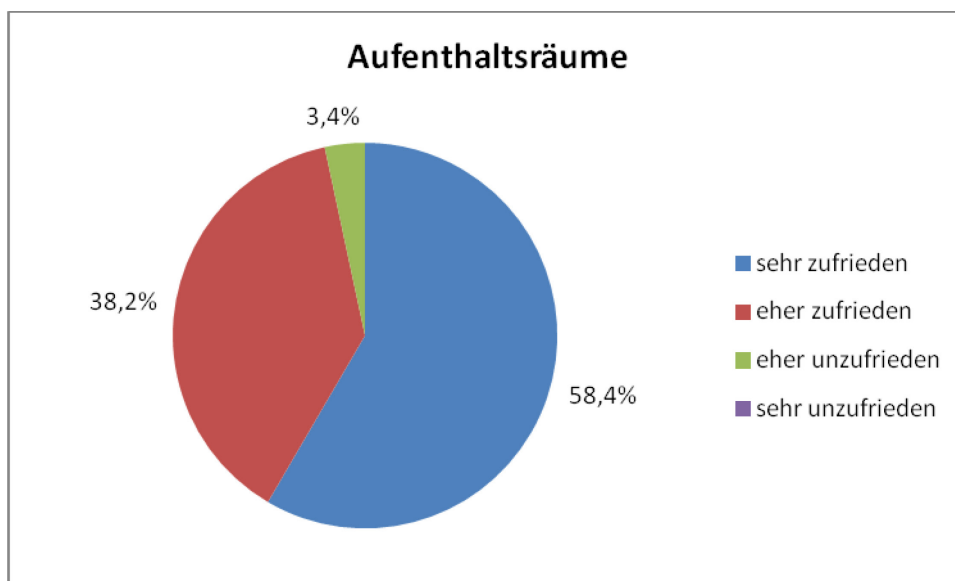


Frage 10: Aufenthaltsräume?

Mit den Aufenthaltsräumen waren 58,4% der Befragten sehr zufrieden, 38,4% waren damit eher zufrieden und 3,4% gaben an damit eher unzufrieden zu sein.

Aufenthaltsräume

	Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig sehr zufrieden	52	54,2	58,4	58,4
eher zufrieden	34	35,4	38,2	96,6
eher unzufrieden	3	3,1	3,4	100,0
Gesamt	89	92,7	100,0	
Fehlend System	7	7,3		
Gesamt	96	100,0		

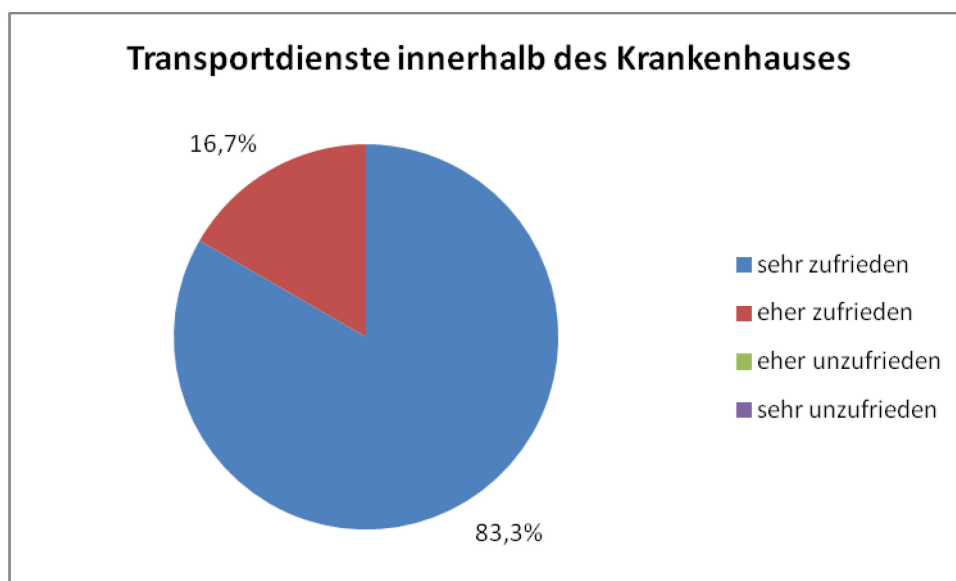


Frage 11: Transportdienste innerhalb des Krankenhauses?

Eine sehr hohe Zufriedenheit gibt es mit den Transportdiensten innerhalb des Krankenhauses. So gaben 83,3% der befragten Patientinnen an damit sehr zufrieden zu sein und 16,7% waren eher zufrieden. Keine einzige gab an mit den Transportdiensten unzufrieden zu sein.

Transportdienste innerhalb des Krankenhauses

	Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig sehr zufrieden	60	62,5	83,3	83,3
eher zufrieden	12	12,5	16,7	100,0
Gesamt	72	75,0	100,0	
Fehlend System	24	25,0		
Gesamt	96	100,0		



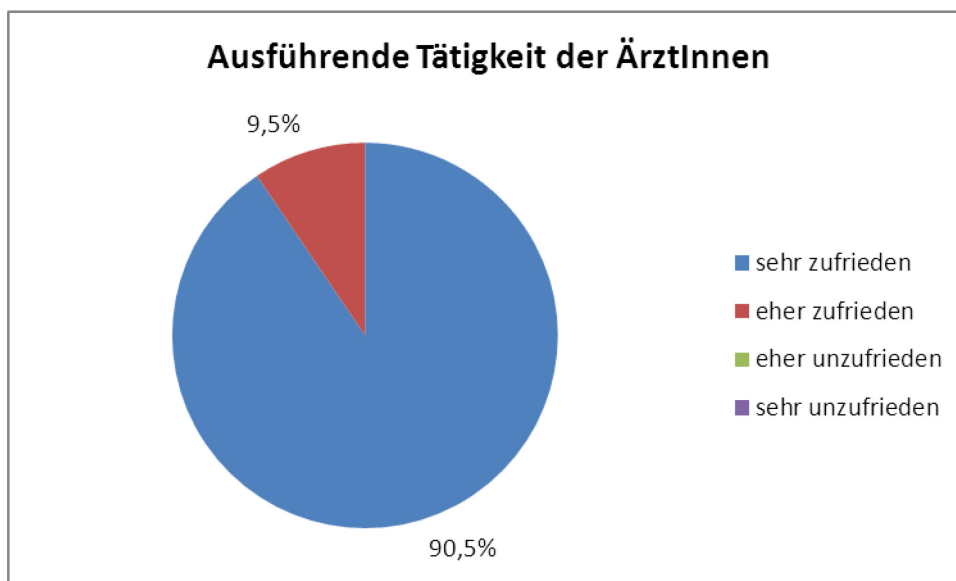
9.2 Zufriedenheit mit der ärztlichen Betreuung

Frage 12: Ausführende Tätigkeit der ÄrztInnen?

Eine sehr hohe Zufriedenheit herrschte bei den befragten Patientinnen bezüglich der ausführenden Tätigkeiten der ÄrztInnen. So gaben 90,5% an damit sehr zufrieden gewesen zu sein, die restlichen 9,5% waren damit immer noch eher zufrieden.

Ausführende Tätigkeit der ÄrztInnen

	Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig sehr zufrieden	86	89,6	90,5	90,5
eher zufrieden	9	9,4	9,5	100,0
Gesamt	95	99,0	100,0	
Fehlend System	1	1,0		
Gesamt	96	100,0		

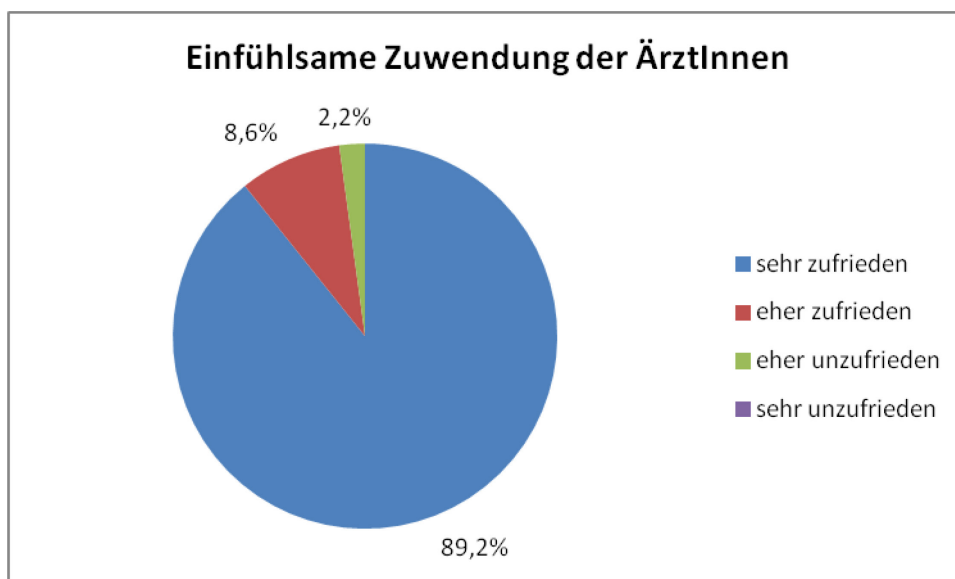


Frage 13: Einfühlsame Zuwendung der ÄrztInnen?

Mit der einfühlsamen Zuwendung durch die ÄrztInnen zeigten sich 89,2% der teilnehmenden Patientinnen sehr zufrieden. Acht Patientinnen waren damit eher zufrieden (8,6%) und zwei gaben an damit eher unzufrieden gewesen zu sein (2,2%).

Einfühlsame Zuwendung der ÄrztInnen

	Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig sehr zufrieden	83	86,5	89,2	89,2
eher zufrieden	8	8,3	8,6	97,8
eher unzufrieden	2	2,1	2,2	100,0
Gesamt	93	96,9	100,0	
Fehlend System	3	3,1		
Gesamt	96	100,0		

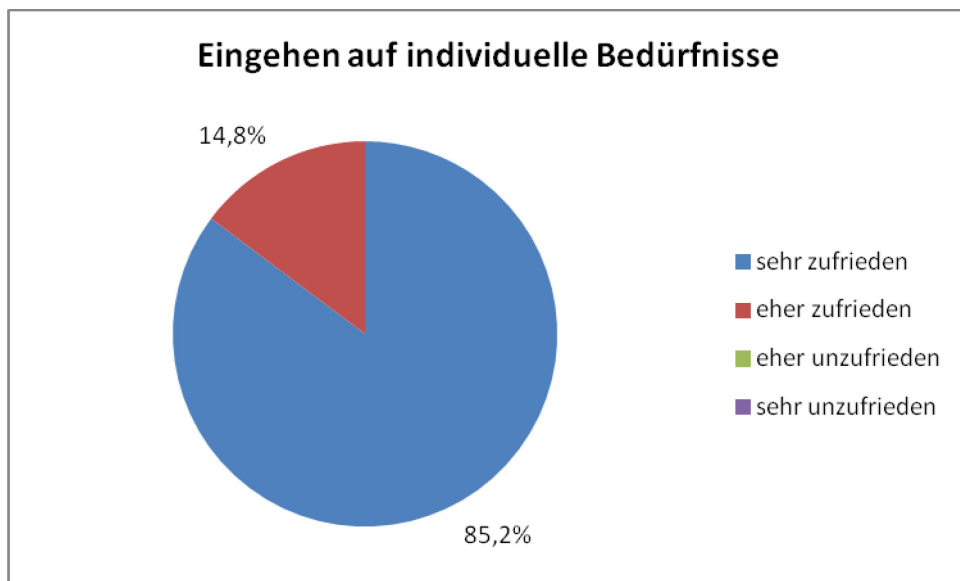


Frage 14: Eingehen auf individuelle Bedürfnisse?

85,2% der teilnehmenden Patientinnen gaben an, dass sie sehr zufrieden waren, wie die ÄrztInnen auf ihre individuellen Bedürfnisse eingegangen waren. 14,8% waren damit eher zufrieden und keine einzige Patientin gab an, damit unzufrieden gewesen zu sein.

Eingehen auf individuelle Bedürfnisse und Wünsche (Ärzte)

	Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig sehr zufrieden	75	78,1	85,2	85,2
eher zufrieden	13	13,5	14,8	100,0
Gesamt	88	91,7	100,0	
Fehlend System	8	8,3		
Gesamt	96	100,0		

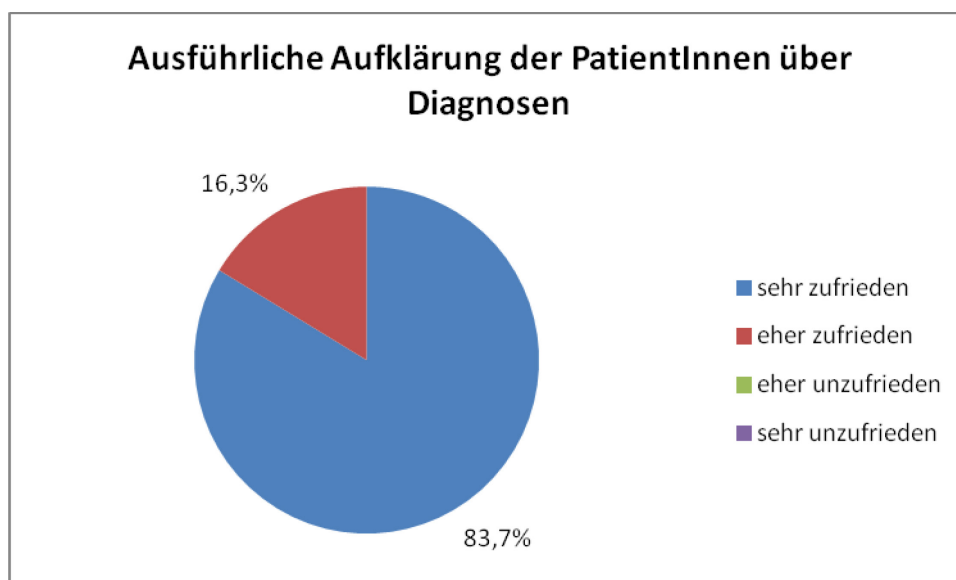


Frage 15a: Ausführlicher Aufklärung der Patientinnen über Diagnosen?

83,7% der befragten Patientinnen gaben an, dass sie mit der Aufklärung der Diagnosen durch die ÄrztInnen sehr zufrieden waren, 16,3% waren damit eher zufrieden. Wiederum keine einzige Patientin gab an mit der Aufklärung über die Diagnose unzufrieden gewesen zu sein.

Aufklärung über die Diagnose

	Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig sehr zufrieden	77	80,2	83,7	83,7
eher zufrieden	15	15,6	16,3	100,0
Gesamt	92	95,8	100,0	
Fehlend System	4	4,2		
Gesamt	96	100,0		

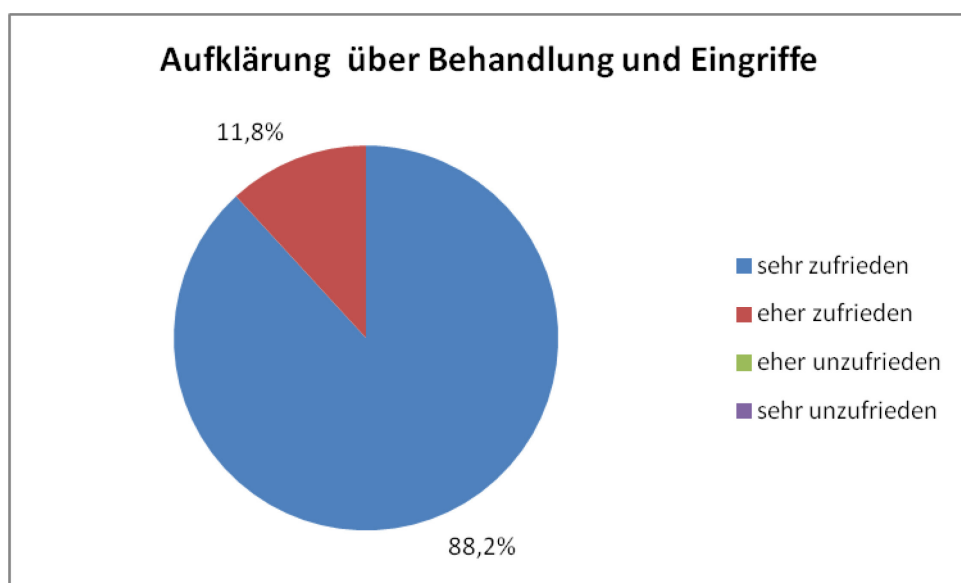


Frage 15b: Ausführlicher Aufklärung der Patientinnen über Behandlungen und Eingriffe?

Mit der Aufklärung über die Behandlung und Eingriffe zeigten sich 88,2% der teilnehmenden Patientinnen sehr zufrieden und 11,8% eher zufrieden. Auch bei diesem Punkt gab keine Patientin an unzufrieden gewesen zu sein.

Aufklärung über Behandlung

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig sehr zufrieden	82	85,4	88,2	88,2
eher zufrieden	11	11,5	11,8	100,0
Gesamt	93	96,9	100,0	
Fehlend System	3	3,1		
Gesamt	96	100,0		



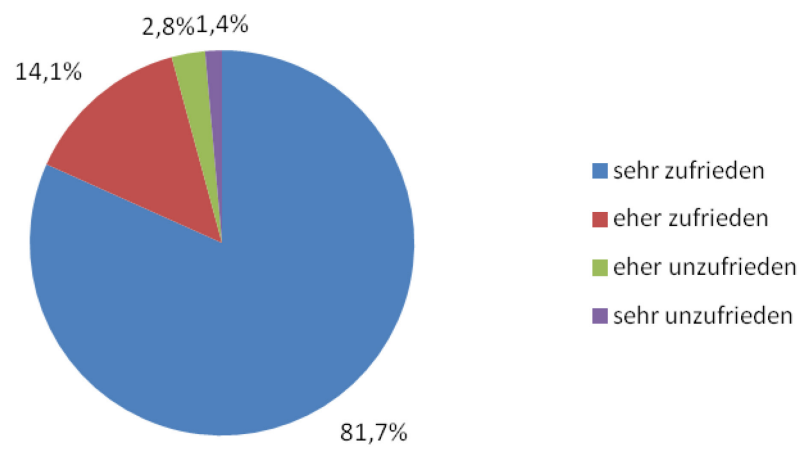
Frage 16: Mitspracherecht bei Behandlungsmethoden?

Bei ihrem Mitspracherecht über die angewandten Behandlungsmethoden zeigten sich 81,7% der teilnehmenden Patientinnen als sehr zufrieden und 14,1% als eher zufrieden. Zwei Patientinnen waren bei diesem Punkt eher unzufrieden (2,8%) und eine Patientin gab an damit sehr unzufrieden gewesen zu sein (1,4%).

Mitspracherecht bei Behandlungsmethoden

	Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig sehr zufrieden	58	60,4	81,7	81,7
eher zufrieden	10	10,4	14,1	95,8
eher unzufrieden	2	2,1	2,8	98,6
sehr unzufrieden	1	1,0	1,4	100,0
Gesamt	71	74,0	100,0	
Fehlend System	25	26,0		
Gesamt	96	100,0		

Mitspracherecht bei Behandlungsmethoden

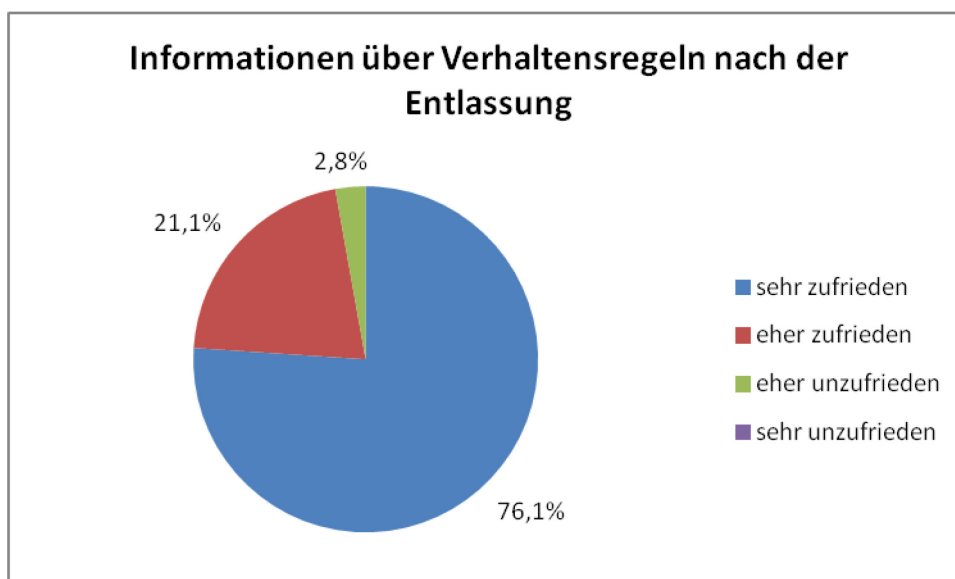


Frage 17: Informationen über Verhaltensregeln nach der Entlassung?

76,1% der teilnehmenden Patientinnen gaben an mit den Informationen über die Verhaltensregeln, die sie von den ÄrztInnen erhalten hatten, sehr zufrieden zu sein. 21,1% waren damit eher zufrieden und 2,8% waren mit der Information eher unzufrieden.

Informationen über die Verhaltensregeln nach der Entlassung

	Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig sehr zufrieden	54	56,3	76,1	76,1
eher zufrieden	15	15,6	21,1	97,2
eher unzufrieden	2	2,1	2,8	100,0
Gesamt	71	74,0	100,0	
Fehlend System	25	26,0		
Gesamt	96	100,0		



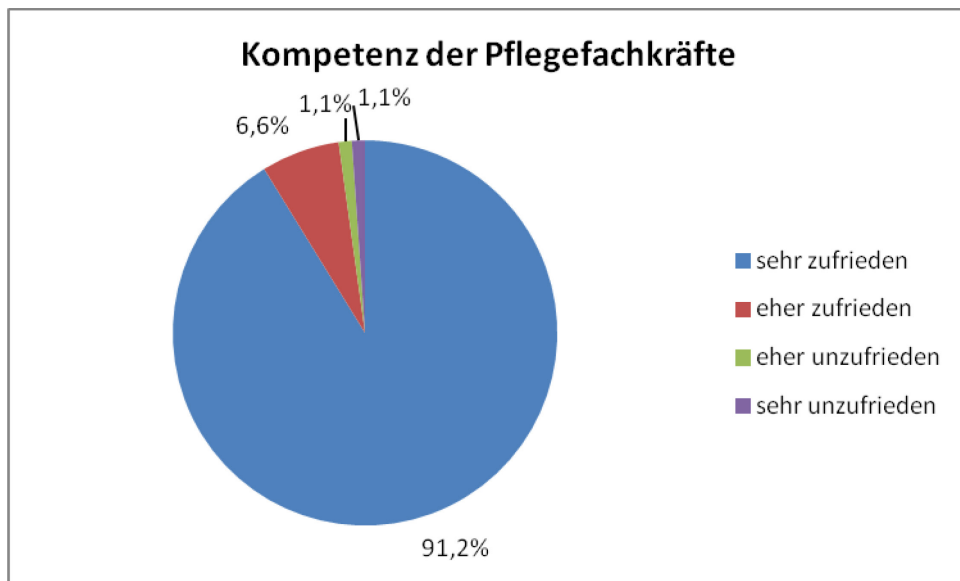
9.3 Betreuung durch Pflegefachkräfte

Frage 18: Ausübende Tätigkeit/Kompetenz seitens der Pflegefachkräfte?

Mit den ausübenden Tätigkeiten bzw. der Kompetenz der Pflegefachkräfte zeigten sich rund 91% der teilnehmenden Patientinnen sehr zufrieden und 6,6% als eher zufrieden. Jeweils nur eine Patientin war damit eher unzufrieden und sehr unzufrieden (jeweils 1,1%).

Ausübende Tätigkeit/Kompetenz seitens der Pflege

	Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig sehr zufrieden	83	86,5	91,2	91,2
eher zufrieden	6	6,3	6,6	97,8
eher unzufrieden	1	1,0	1,1	98,9
sehr unzufrieden	1	1,0	1,1	100,0
Gesamt	91	94,8	100,0	
Fehlend System	5	5,2		
Gesamt	96	100,0		

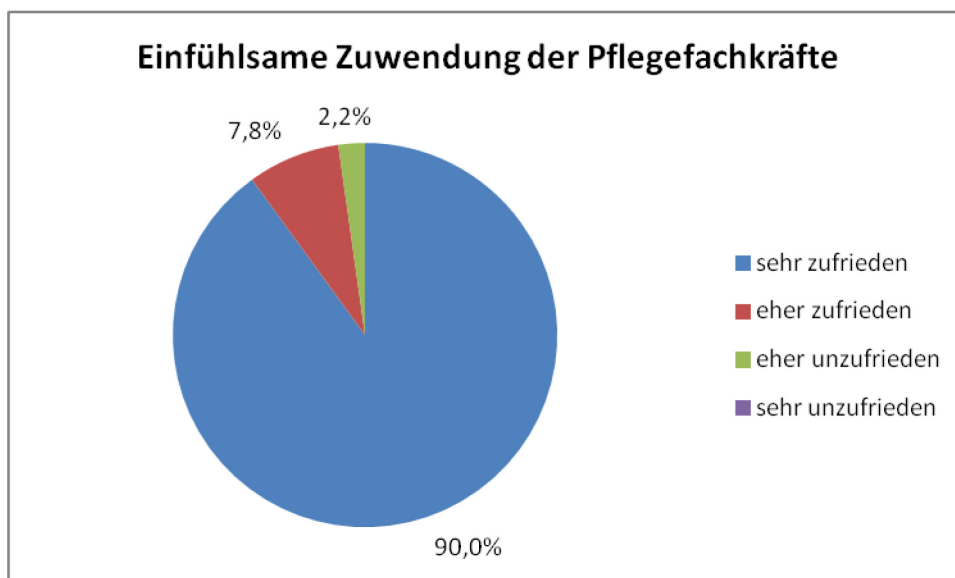


Frage 19: Einfühlsame Zuwendung der Pflegefachkräfte?

Mit der einfühlsamen Zuwendung durch die Pflegefachkräfte waren genau 90% der teilnehmenden Patientinnen sehr zufrieden und 7,8% eher zufrieden. Zwei Patientinnen gaben bei diesem Punkt an eher unzufrieden gewesen zu sein (2,2%).

Einfühlsame Zuwendung der Pflegefachkräfte

	Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig sehr zufrieden	81	84,4	90,0	90,0
eher zufrieden	7	7,3	7,8	97,8
eher unzufrieden	2	2,1	2,2	100,0
Gesamt	90	93,8	100,0	
Fehlend System	6	6,3		
Gesamt	96	100,0		

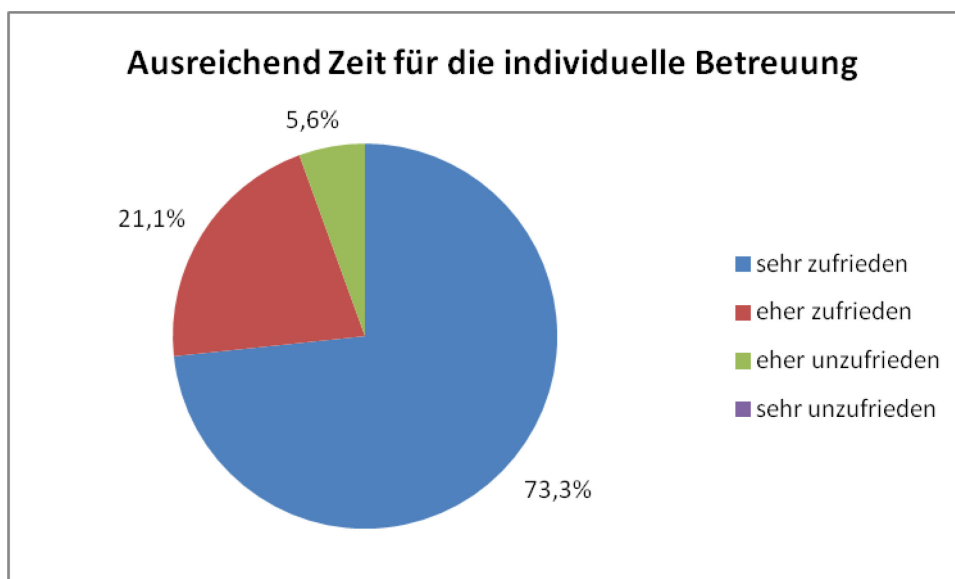


Frage 20: Ausreichende Zeit für die individuelle Betreuung?

Mit der Zeit für die individuelle Betreuung durch die Pflegefachkräfte waren rund 73% der teilnehmenden Patientinnen sehr zufrieden und 21,14% eher zufrieden. Nur eher zufrieden mit diesem Punkt waren 5,6% der Patientinnen.

Ausreichende Zeit für die individuelle Betreuung

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig sehr zufrieden	66	68,8	73,3	73,3
eher zufrieden	19	19,8	21,1	94,4
eher unzufrieden	5	5,2	5,6	100,0
Gesamt	90	93,8	100,0	
Fehlend System	6	6,3		
Gesamt	96	100,0		

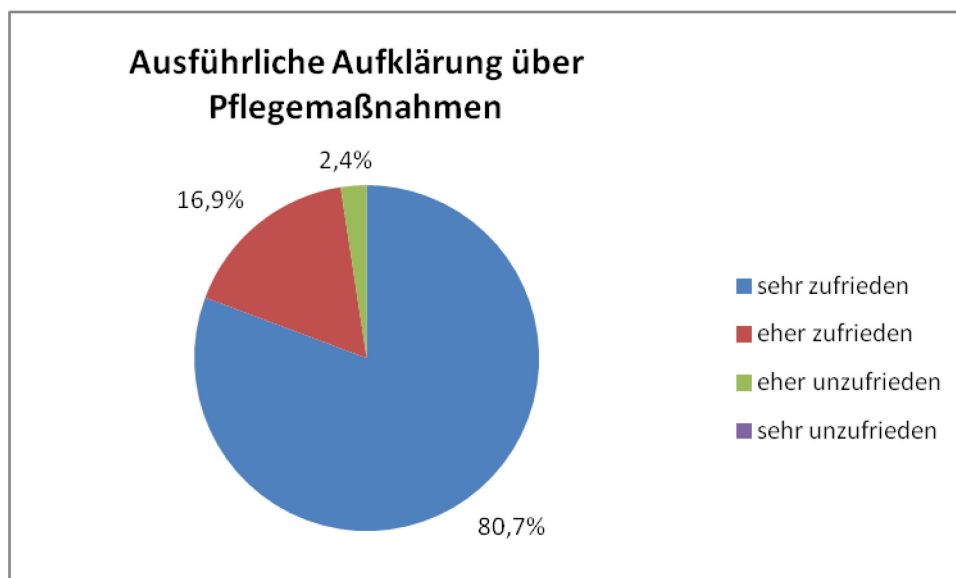


Frage 21: Ausführliche Aufklärung über die Pflegemaßnahmen?

Mit der Aufklärung über die Pflegemaßnahmen durch die Pflegefachkräfte zeigten sich 80,7% der befragten Patientinnen sehr zufrieden und 14,6% waren damit eher zufrieden. Zwei Patientinnen gaben an bei diesem Punkt eher unzufrieden gewesen zu sein (2,4%).

Ausführliche Aufklärung über die Pflegemaßnahmen

	Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig sehr zufrieden	67	69,8	80,7	80,7
eher zufrieden	14	14,6	16,9	97,6
eher unzufrieden	2	2,1	2,4	100,0
Gesamt	83	86,5	100,0	
Fehlend System	13	13,5		
Gesamt	96	100,0		



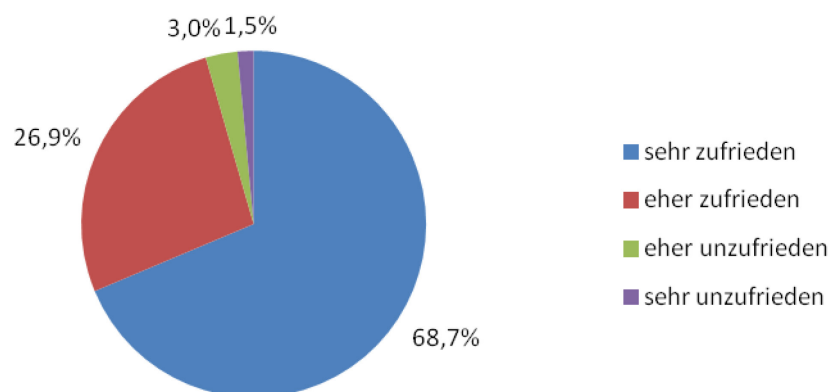
Frage 22: Zeitliche Einhaltung der vorgesehenen Therapien?

Sehr zufrieden mit der zeitlichen Einhaltung der vorgesehenen Therapien waren nur 68,7% der teilnehmenden Patientinnen, 26,9% von ihnen gaben an bei diesen Punkt eher zufrieden zu sein. Zwei Patientinnen waren mit der zeitlichen Einhaltung der Therapien eher unzufrieden (3%) und 1 Patientin gab an damit sehr unzufrieden gewesen zu sein (1,5%).

Zeitliche Einhaltung der vorgesehenen Therapien

	Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig sehr zufrieden	46	47,9	68,7	68,7
eher zufrieden	18	18,8	26,9	95,5
eher unzufrieden	2	2,1	3,0	98,5
sehr unzufrieden	1	1,0	1,5	100,0
Gesamt	67	69,8	100,0	
Fehlend System	29	30,2		
Gesamt	96	100,0		

Zeitliche Einhaltung der vorgesehenen Therapien



9.4 Generelle Zufriedenheit der Patientinnen

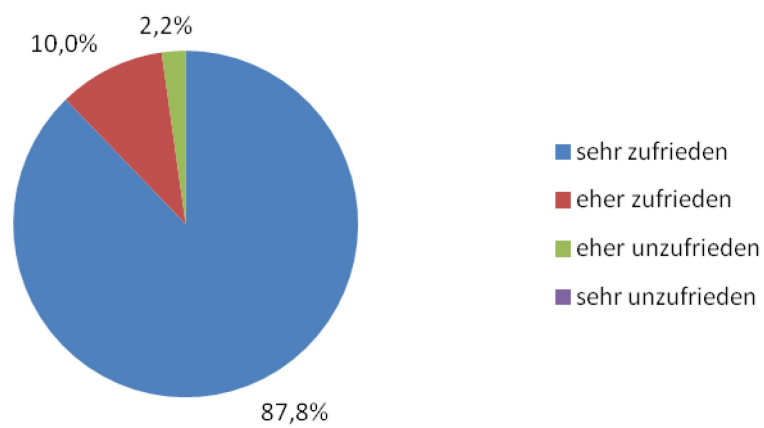
Frage 23: Wie Zufrieden sind sie insgesamt mit der pflegerischen Betreuung?

Bei der Einstufung der generellen Zufriedenheit mit der pflegerischen Betreuung gaben 87,8% der teilnehmenden Patientinnen an sehr zufrieden gewesen zu sein. 10% waren mit der pflegerischen Betreuung insgesamt eher zufrieden und 2,2% eher unzufrieden.

Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der pflegerischen Betreuung

	Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig sehr zufrieden	79	82,3	87,8	87,8
eher zufrieden	9	9,4	10,0	97,8
eher unzufrieden	2	2,1	2,2	100,0
Gesamt	90	93,8	100,0	
Fehlend System	6	6,3		
Gesamt	96	100,0		

Zufriedenheit mit der pflegerischen Betreuung insgesamt

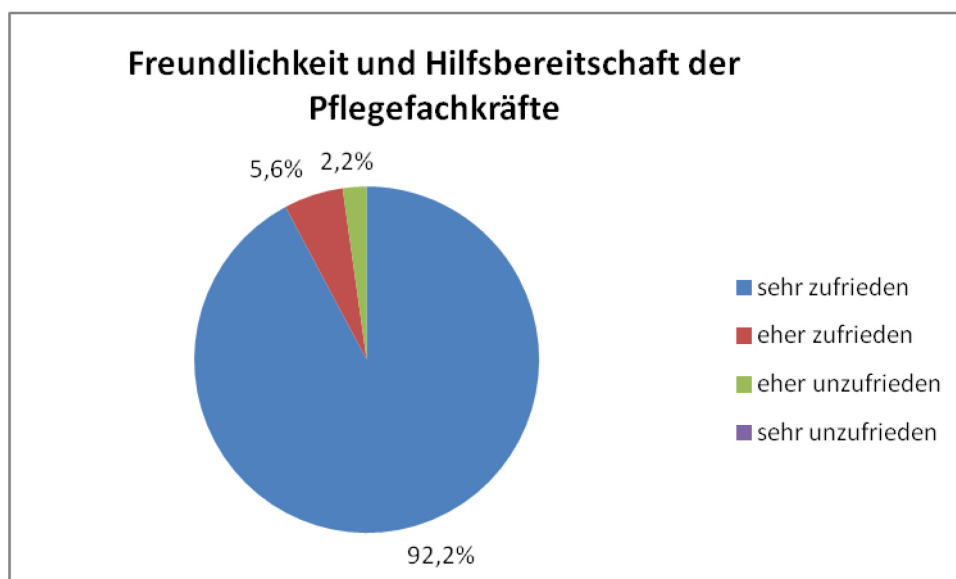


Frage 24: Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft der Pflegefachkräfte?

Mit der Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft der Pflegefachkräfte waren 92,2% der teilnehmenden Patientinnen sehr zufrieden und 5,6% eher zufrieden. Nur zwei der Patientinnen gaben an mit der Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft eher unzufrieden gewesen zu sein (2,2%)

Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft der Pflegefachkräfte?

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig sehr zufrieden	83	86,5	92,2	92,2
eher zufrieden	5	5,2	5,6	97,8
eher unzufrieden	2	2,1	2,2	100,0
Gesamt	90	93,8	100,0	
Fehlend System	6	6,3		
Gesamt	96	100,0		

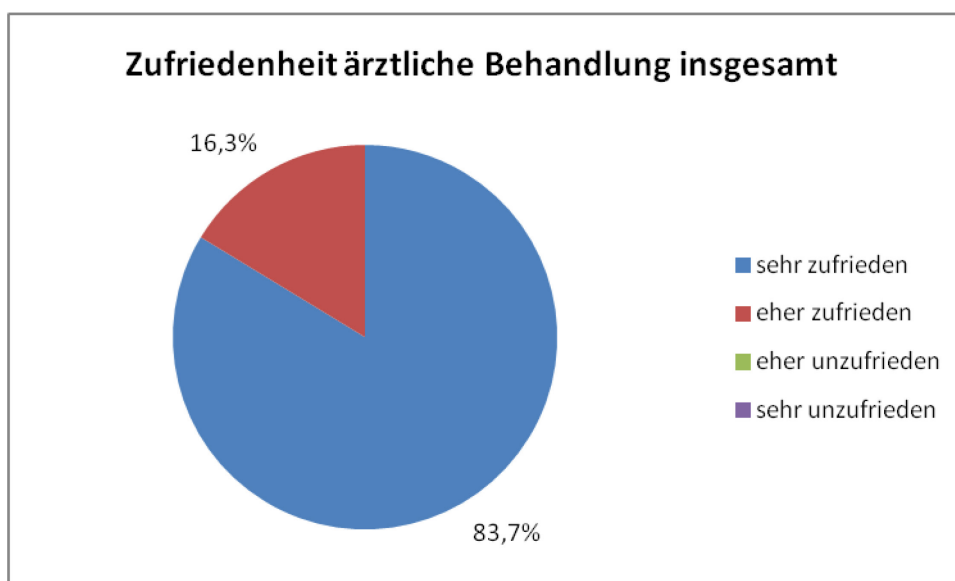


Frage 25: Wie zufrieden sind sie insgesamt mit der ärztlichen Behandlung?

Mit der ärztlichen Behandlung zeigten sich 83,7% der teilnehmenden Patientinnen als sehr zufrieden und 16,3% als eher zufrieden. Keine einzige Patientin gab an mit der ärztlichen Behandlung unzufrieden gewesen zu sein.

Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der ärztlichen Behandlung

	Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig sehr zufrieden	77	80,2	83,7	83,7
eher zufrieden	15	15,6	16,3	100,0
Gesamt	92	95,8	100,0	
Fehlend System	4	4,2		
Gesamt	96	100,0		

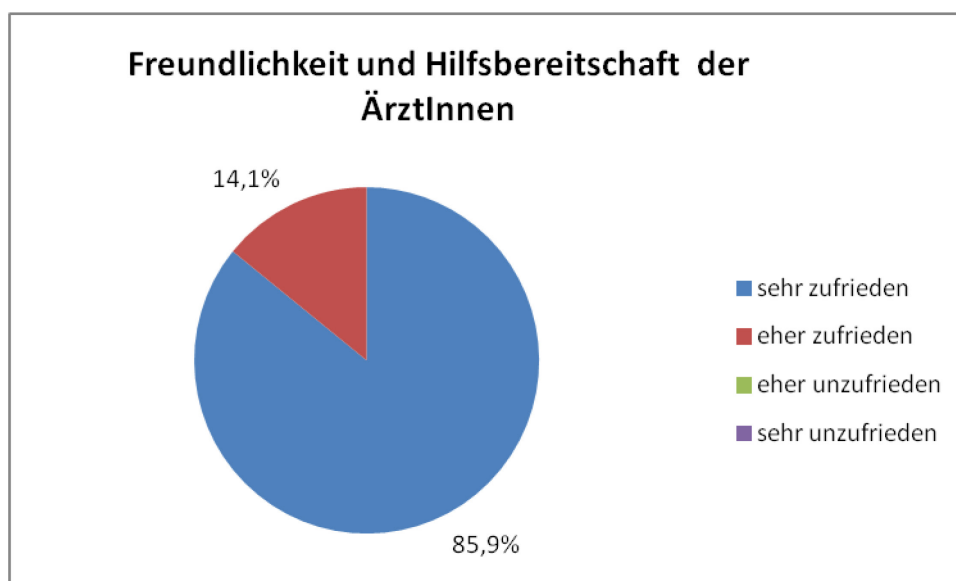


Frage 26: Wie zufrieden sind sie insgesamt mit der Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft der ÄrztInnen?

Mit der Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft der ÄrztInnen waren 85,9% der teilnehmenden Patientinnen sehr zufrieden und 14,1% eher zufrieden. Auch hier gab keine Patientin an mit der Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft der ÄrztInnen unzufrieden gewesen zu sein.

Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft der ÄrztInnen

	Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig sehr zufrieden	79	82,3	85,9	85,9
eher zufrieden	13	13,5	14,1	100,0
Gesamt	92	95,8	100,0	
Fehlend System	4	4,2		
Gesamt	96	100,0		

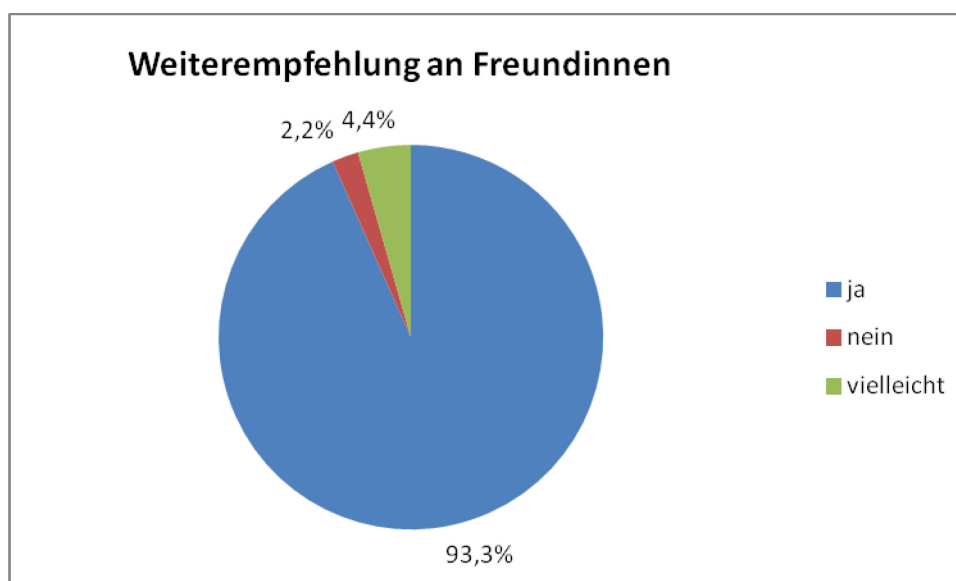


Frage 27: Würden sie die gynäkologische Station ihren Freundinnen weiterempfehlen?

Die gynäkologische Station würden 93,3% der teilnehmenden Patientinnen an eine Freundin weiterempfehlen. 2,2% der Patientinnen würden die Station nicht weiterempfehlen und 4,2% gaben an diese vielleicht weiterzuempfehlen.

Würden Sie die gynäkologische Station Ihren Freundinnen weiterempfehlen?

	Häufig- keit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig ja	84	87,5	93,3	93,3
nein	2	2,1	2,2	95,6
vielleicht	4	4,2	4,4	100,0
Gesamt	90	93,8	100,0	
Fehlend System	6	6,3		
Gesamt	96	100,0		



9.5 Vorschläge der Patientinnen

- Darauf achten, dass die Besuchszeiten eingehalten werden. Nicht zu viele Besucher pro Patient
- Im Zimmer kein Wasser (Waschbecken), wenn man Durst hat muss man aus dem Zimmer ins Bad gehen.
- Prof. Wagner war immer im Haus, wo gibt es jetzt einen Chef oder eine Chefin. Das fehlt sehr in der Abteilung
- Mehr Sauberkeit
- Kaffeeautomaten
- Da eine hohe Fluktuation ist (Tagespatienten) könnte man vielleicht jene Patienten die einen längeren Krankenhausaufenthalt auf sich nehmen müssen zusammenlegen. Da täglich umgeräumt wird, die neuen Patienten Untersuchungen haben usw.
- Für Tagespatienten Herceptingabe oder Chemo wäre ein Gemeinschaftsraum ausreichend. Der Austausch untereinander ist für alle Chemotherapiepatienten sehr wichtig.
- Fr. Dr. B. und die Turnusärzte. Fr. Dr. K. lacht die Patienten manchmal aus – auch Fr. Dr. M. – Austausch mancher Ärzte
- Perfekt! Besser geht nicht
- Einen Krug Wasser ev. Morgens herstellen für Patienten die nicht einfach mal ins Bad gehen können.
- Pflegepersonal nicht sehr kompetent. Die Pflegehelfer sind sehr unfreundlich. Direkt eine Frechheit wie sie mit manchen Patienten sprechen. Und med. Kenntnis nicht wirklich vorhanden
- Manchmal lange Wartezeiten
- Bettenmangel
- Fernseher in den Zimmern, wenn möglich
- Toiletten haben sehr starken Geruch. Vielleicht mit Chlor kann es besser putzen
- Handwaschbecken im Zimmer
- Küche sehr schlecht
- Am Abend sollen mehr Ärzte vorhanden sein
- Sanitäre Einrichtungen sollten verbessert werden
- Blutabnahme im Wartezimmer ist unangenehm
- Sehr trockene Luft im Krankenzimmer

- Aufenthaltsraum könnte liebevoller gestaltet sein. Fernsehapparat nicht ganz funktionstüchtig
- Ich kann nur von guten Erfahrungen berichten. Socher sind alle bemüht, besonders die leitenden Mitarbeiterinnen sorgen um eine laufende Qualitätsverbesserung – daran muss ja immer gearbeitet werden, auch wenn alles gut funktioniert. Wenn vom Baulichen her nicht alles so ist, wie es wünschenswert wäre, muss man verschiedene Gegebenheiten in Kauf nehmen. Die finanziellen Ressourcen sind auch eine Wirklichkeit. Ich gratuliere den Barmherzigen Brüdern und allen Mitarbeiterinnen. Danke.
- Zeitkoordinierung der Untersuchungen könnte effizienter sein
- Grundsätzlich: Nachts eine Schwester für Station mit vielen frisch operierten Patienten finde ich fraglich – Verantwortung. Nachtschwester war sehr aufmerksam und ist regelmäßig durchgegangen.
- Bei Chemopatienten: Für Tagespatienten würde (Herceptingabe usw.) würde ein Raum mit Liegen reichen, dann wäre Ende der Woche der Bettenmangel geringer und Frauen wollen sich miteinander austauschen. Regelmäßige Besprechungen mit einem kompetenten Arzt wegen all den möglichen Nebenwirkungen die dann nach der Reihe kommen und die meiner Meinung nach vom Spital aus behandelt und betreut werden sollten. Da der Verabreichende einer Therapie auch am besten Bescheid weiß.
- Reinigung und Desinfektion der sanitären Anlagen, 1 Toilette für 6 Personen nicht ausreichend, zu wenig Pflegepersonal – überlastet keine Zeit für Patienten, Untersuchungen sollten zügig durchgeführt werden um Befunde schnellst möglich zur Verfügung zu haben.
- Anbringung von Kleiderhaken auf der Toilette um z.B. den Bademantel aufhängen zu können, Zahnputzbecherspender im Waschraum
- Fernseher

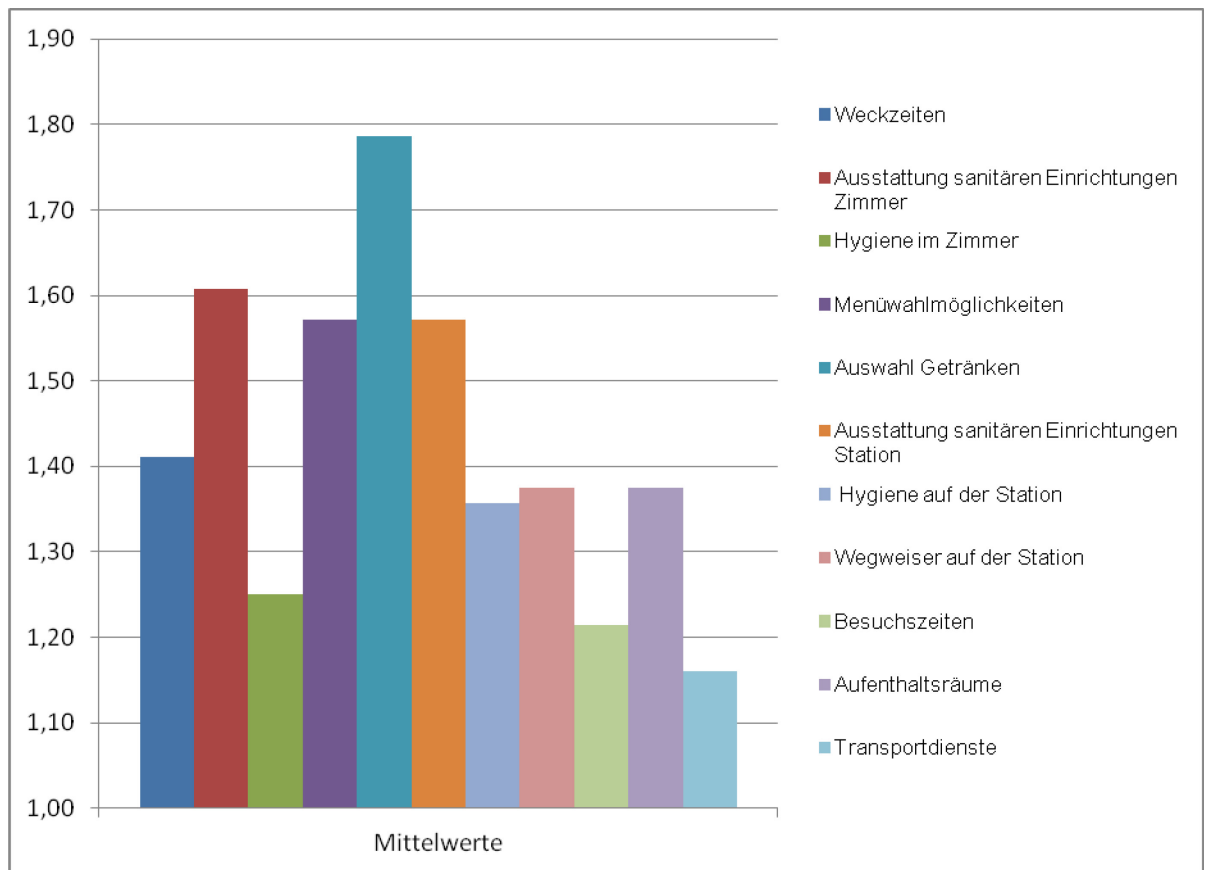
10 Detailauswertungen

10.1 Zufriedenheit mit den Tagesabläufen und Räumlichkeiten

Wie aus der Tabelle und der Grafik ersichtlich ist, ist die Zufriedenheit der Patientinnen mit den verschiedenen Kategorien der Tagesabläufe und Räumlichkeiten unterschiedlich hoch. So wurde die Auswahlmöglichkeiten an Getränken mit einem Durchschnittswert von 1,78 bewertet (1 = sehr zufrieden; 4 = sehr unzufrieden). Der Transport innerhalb des Krankenhauses kam hingegen auf einen Durchschnittswert von 1,16. Die Unterschiede in den Mittelwerten erreichten auch ein signifikantes Niveau (Friedman Test: $df=10$; $\chi^2=72,982$; $p=0,00$).

Tagesabläufe und Räumlichkeiten

	N	Mittel-wert	Standard-abweichung	Minimum	Maximum
Weckzeiten	56	1,4107	,59625	1,00	3,00
Ausstattung der sanitären Einrichtungen	56	1,6071	,77878	1,00	4,00
Sauberkeit und Hygiene im Zimmer	56	1,2500	,47673	1,00	3,00
Menüwahlmöglichkeiten zu Mittag	56	1,5714	,75936	1,00	4,00
Auswahlmöglichkeiten an Getränken	56	1,7857	,73148	1,00	3,00
Ausstattung der sanitären Einrichtungen auf der Station	56	1,5714	,70986	1,00	4,00
Sauberkeit und Hygiene auf der Station	56	1,3571	,61581	1,00	3,00
Beschilderung/Wegweiser auf der Station	56	1,3750	,52440	1,00	3,00
Besuchszeiten	56	1,2143	,41404	1,00	2,00
Aufenthaltsräume	56	1,3750	,48850	1,00	2,00
Transportdienste innerhalb des Krankenhauses	56	1,1607	,37059	1,00	2,00

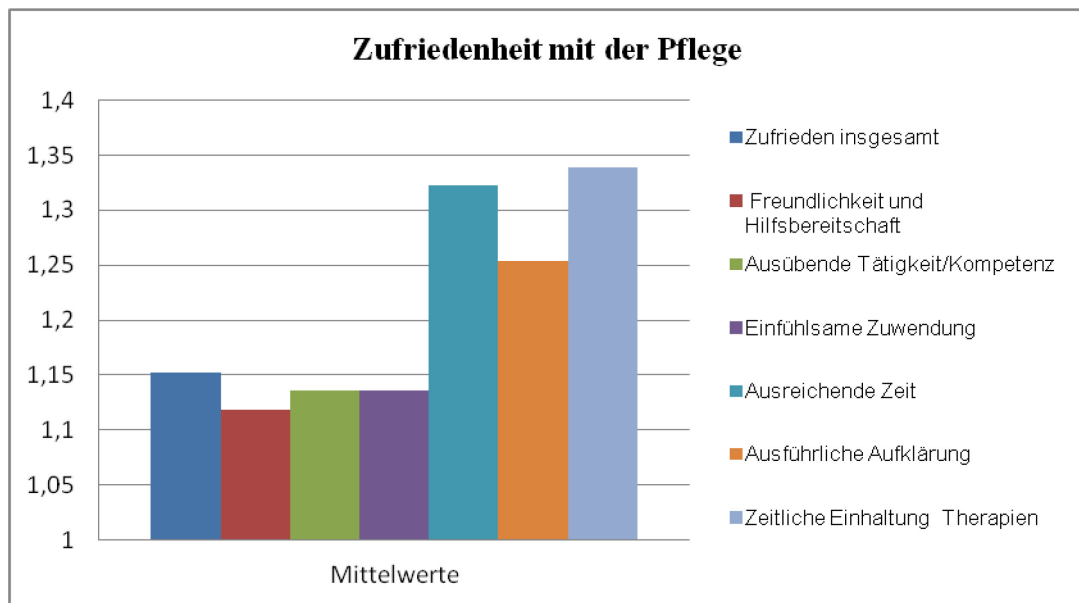


10.2 Zufriedenheit mit der Pflege

Die Zufriedenheit mit der Pflege war über alle Kategorien sehr hoch. Trotzdem gab es auch hier unterschiedliche Bewertungen in den einzelnen Kategorien, die ein signifikantes Niveau erreichten (Friedman Test: $df=6$; $\chi^2= 37,168$; $p=0,00$). Um herauszufinden, welche Kategorien sich positiv und welche negativ von der ins gesamten Zufriedenheit mit der Pflege, wurden jeweils die Mittelwerte mit Einsatz des Wilcoxon Tests verglichen. Dieser Vergleich zeigte, dass die Zufriedenheit mit den zeitlichen Ressourcen für Betreuung und die zeitliche Einhaltung der Therapien signifikant schlechter bewertet wurde, als die Zufriedenheit insgesamt mit der pflegerischen Betreuung ($Z= -4,0$; $p=0,00$ und $Z=2,982$; $p<0,003$). Signifikant zufriedener waren die befragten Patientinnen hingegen mit der Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft der Pflegefachkräfte ($Z=-2,0$; $p<0,04$). Zu allen anderen Kategorien gab es keine signifikanten Unterschiede in den Mittelwerten.

Zufriedenheit mit der Pflege

	N	Mittel-wert	Standard-abwei-chung	Min.	Max.
Wie zufrieden insgesamt	59	1,1525	,40741	1,00	3,00
Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft der Pflegefachkräfte?	59	1,1186	,37530	1,00	3,00
Ausübende Tätigkeit/Kompetenz seitens der Pflege	59	1,1356	,47189	1,00	4,00
Einfühlsame Zuwendung der Pflegefachkräfte	59	1,1356	,39206	1,00	3,00
Ausreichende Zeit für die individuelle Betreuung	59	1,3220	,57056	1,00	3,00
Ausführliche Aufklärung über die Pflegemaßnahmen	59	1,2542	,47681	1,00	3,00
Zeitliche Einhaltung der vorgesehenen Therapien	59	1,3390	,54489	1,00	3,00

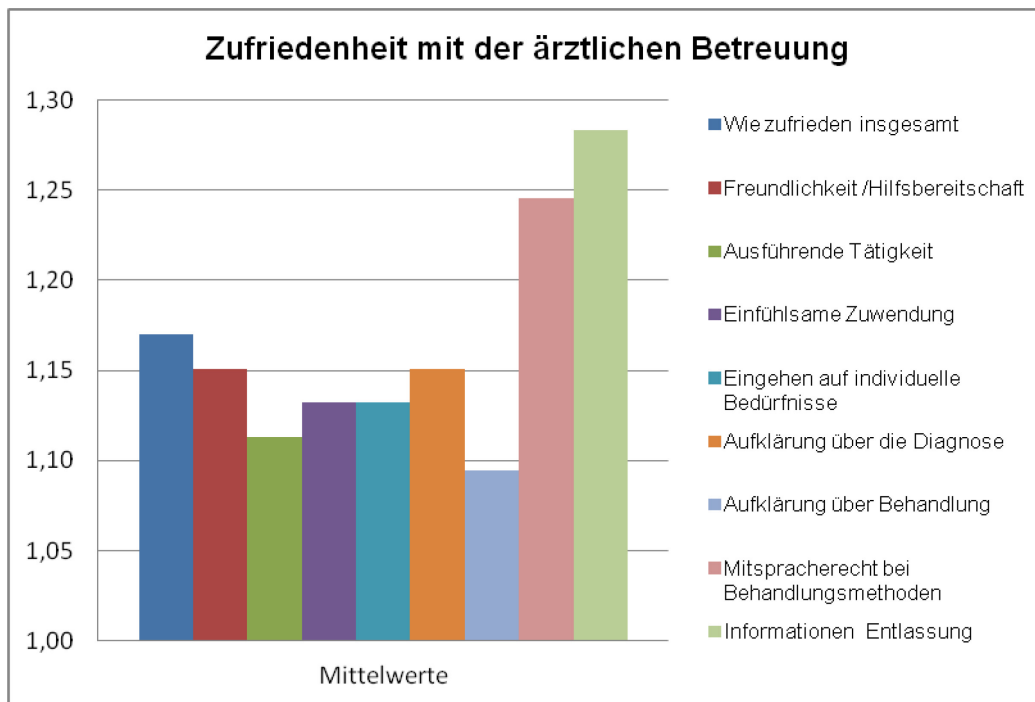


10.3 Zufriedenheit mit der ärztlichen Betreuung

Die Zufriedenheit mit der ärztlichen Betreuung war insgesamt und in allen erhobenen Teilbereichen sehr hoch. Die Mittelwerte variierten in diesen Kategorien zwischen 1,09 auf die Frage nach der Zufriedenheit über die Aufklärung über die Behandlung und 1,28 auf die Frage, wie gut sie über die Verhaltensregeln nach der Entlassung aufgeklärt wurden. Die Unterschiede zwischen den einzelnen Mittelwerten erreichten ein signifikantes Niveau (Friedman-Test: $df=8$; $p<0,04$). Keine signifikanten Unterschiede gab es zwischen der gesamten Zufriedenheit mit der ärztlichen Betreuung und den anderen verschiedenen Teilkategorien. Es konnte damit nicht festgestellt werden, dass eine der befragten Aspekte sich sehr deutlich positiv oder negativ auf die generelle Zufriedenheit der ärztlichen Betreuung auswirkte.

Zufriedenheit mit der ärztlichen Betreuung

	N	Mittelwert	Standard- abweichung	Minimum	Maximum
Wie zufrieden insgesamt	53	1,1698	,37906	1,00	2,00
Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft der ÄrztInnen?	53	1,1509	,36142	1,00	2,00
Ausführende Tätigkeit der ÄrztInnen	53	1,1132	,31988	1,00	2,00
Einfühlsame Zuwendung der ÄrztInnen	53	1,1321	,39408	1,00	3,00
Eingehen auf individuelle Bedürfnisse und Wünsche (Ärzte)	53	1,1321	,34181	1,00	2,00
Aufklärung über die Diagnose	53	1,1509	,36142	1,00	2,00
Aufklärung über Behandlung	53	1,0943	,29510	1,00	2,00
Mitspracherecht bei Behandlungsmethoden	53	1,2453	,51537	1,00	3,00
Informationen über die Verhaltensregeln nach der Entlassung	53	1,2830	,53268	1,00	3,00



10.4 Weiterempfehlungen

Wie bereits in der deskriptiven Statistik beschrieben wurde, wurde von einer sehr großen Mehrheit der befragten Patientinnen angegeben, dass die gynäkologische Station weiterempfehlen würden (93,3%) und nur ein sehr kleiner Teil gab an, dass sie dies vielleicht (4,4%) oder nicht tun würden (2,2%). Obwohl diese Gruppe eher klein ist, soll im Folgenden versucht werden zu klären, was sie zu ihrer Unzufriedenheit beigetragen hat. Dafür wurde berechnet, ob es in der Beantwortung der einzelnen Fragen signifikante Unterschiede zwischen jenen Patientinnen gab, die die Station weiterempfehlen würden und jenen, die dies nur vielleicht oder nicht tun würden. Für die Berechnung wurde der t-Test für das Alter, der Chi²-Test für die Versicherungsgesellschaften bzw. der Mann-Whitney-Test für die anderen Variablen verwendet und das Signifikanzniveau $p < 0,05$ herangezogen.

Alter: Patientinnen, die die gynäkologische Station weiterempfehlen würden waren zwar tendenziell älter als jene, die diese nicht tun würden (53 Jahre bzw. 42,5 Jahren), jedoch erreichte dieser Unterschied keine Signifikanz ($T=1,78$; $df=87$; $p < 0,08$).

Versicherung: Keine signifikanten Unterschiede gab es zwischen den beiden Gruppen hinsichtlich der Verteilung zu den verschiedenen Versicherungsgesellschaften ($\chi^2 = 401$; $df=4$; $p<0,404$).

Versicherung * Weiterempfehlung

Anzahl

		Weiterempfehlung		Gesamt
		ja	nein/vielleicht	
Versicherung	GKK	74	5	79
	BVA	5	0	5
	KfA	2	1	3
	Private Kassen	1	0	1
	sonstige	2	0	2
Gesamt		84	6	90

Weckzeiten: Keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen gab es auch in der Bewertung der Weckzeiten ($Z=-0,78$; $p<0,938$).

Ausstattung der sanitären Einrichtungen im Zimmer: Ein signifikanter Unterschied zwischen diesen beiden Gruppen konnte in der Bewertung der Zufriedenheit mit der Ausstattung der sanitären Einrichtungen im Zimmer festgestellt werden ($Z=-3,65$; $p<0,001$). So beurteilten jene Patientinnen, die die Station weiterempfehlen würden diese deutlich besser ($M=1,39$), als jene, die die Station nur vielleicht oder nicht weiterempfehlen würden ($M=3,0$).

Sauberkeit und Hygiene im Zimmer: Kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen gab es wiederum bei der Zufriedenheit mit der Sauberkeit und Hygiene im Zimmer ($Z=-1,85$; $p<0,064$). Tendenziell beurteilten auch hier jene Patientinnen, die die Station weiterempfehlen würden, die Sauberkeit und Hygiene im Zimmer besser ($M=1,19$ bzw. $M=1,5$).

Menüwahlmöglichkeiten zu Mittag: Ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen gab es wieder bei der Zufriedenheit mit den Menüwahlmöglichkeiten zu Mittag ($Z=-2,10$; $p<0,027$). Jene Patientinnen, die die Station nicht oder nur vielleicht weiterempfehlen würden, beurteilen dies deutlich schlechter ($M=2,4$) als jene, die die Station schon an eine Freundin weiterempfehlen würden ($M=1,48$).

Auswahlmöglichkeit an Getränken: Ein sehr ähnliches Ergebnis gab es auch bei der Zufriedenheit mit der Auswahlmöglichkeit an Getränken. Dies wurde auch von den weiterempfehlenden Patientinnen deutlich positiver beurteilt ($M=1,75$ bzw. $M=2,67$; $Z=-2,02$; $p<0,043$).

Ausstattung der sanitären Einrichtungen auf der Station: Einen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen gab es auch bei der Zufriedenheit mit der Ausstattung der sanitären Einrichtungen auf der Station ($Z=-2,34$; $p<0,019$). Auch hier bewerteten jene Patientinnen, die die Station weiterempfehlen würden dies deutlicher positiver ($M=1,49$) als jene, die dies nicht oder nur vielleicht tun würden ($M=2,33$).

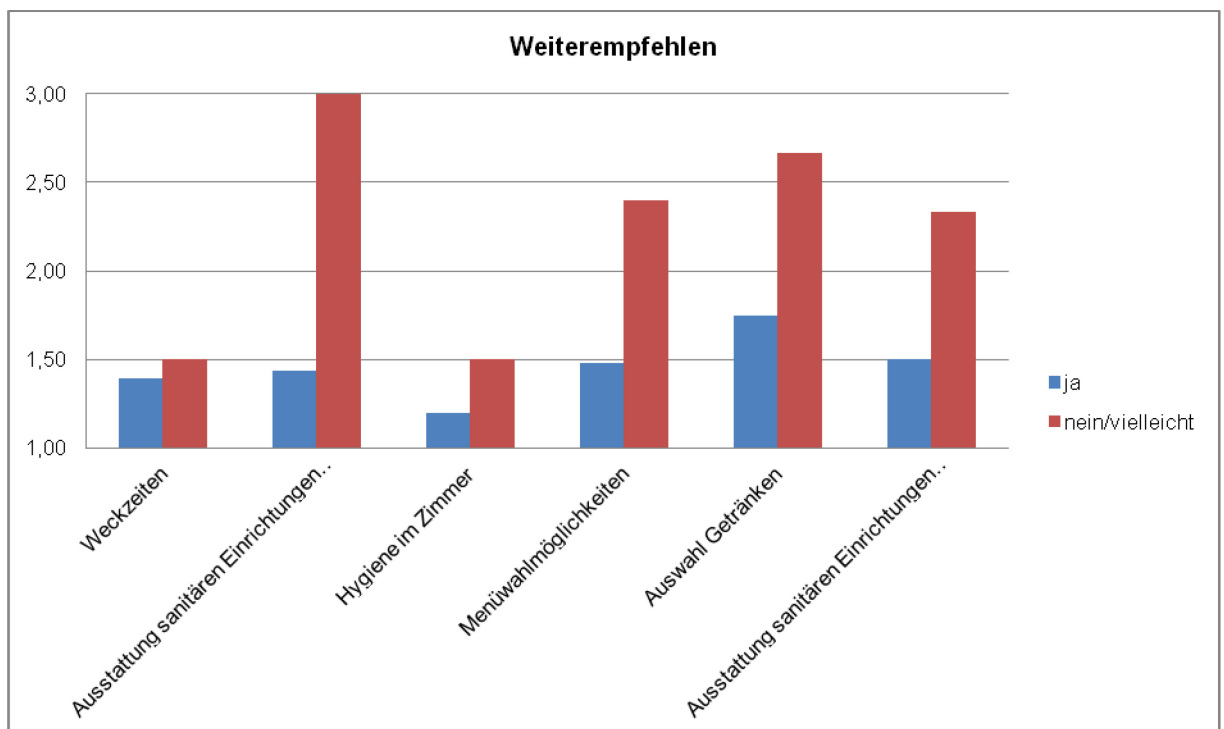
Sauberkeit und Hygiene auf der Station: Keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen gab es bei der Zufriedenheit mit der Sauberkeit und Hygiene auf der Station ($Z=-1,53$; $p<0,124$).

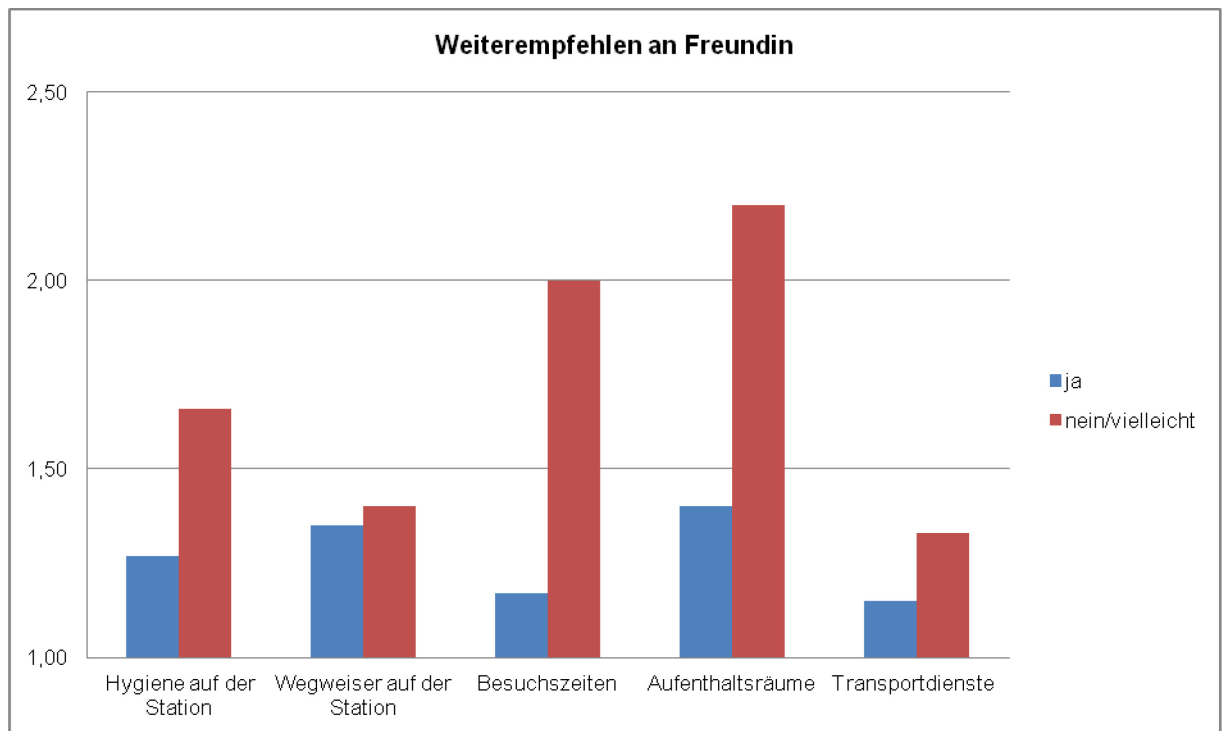
Beschilderung/Wegweiser auf der Station: Keinen signifikanten Unterschied gab es auch bei Zufriedenheit mit der Beschilderung bzw. mit den Wegweisern auf der Station ($Z=-0,30$; $p<0,765$).

Besuchszeiten: Die Zufriedenheit mit den Besuchszeiten war unter jenen Patientinnen, die die Station weiterempfehlen würden signifikant höher ($M=1,17$), als bei jenen, die dies nicht oder nur vielleicht tun würden ($M=2,0$; $Z=-4,01$; $p<0,001$).

Aufenthaltsräume: Einen sehr deutlichen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen gab es auch bei der Zufriedenheit mit den Aufenthaltsräumen. Auch hier stuften jene Patientinnen, die die Station weiterempfehlen würden diese positiver ein ($M= 1,40$ bzw. $M=2,20$; $Z=-2,40$; $p<0,017$).

Transporte innerhalb des Krankenhauses: Die Zufriedenheit mit den Transporten innerhalb des Krankenhauses war bei beiden Gruppen sehr hoch, sodass es zu keinen signifikanten Unterschieden kam ($Z=-0,80$; $p<0,422$).





Ausführende Tätigkeit der ÄrztInnen: Die Zufriedenheit mit den ausführenden Tätigkeiten der ÄrztInnen war unter jenen Patientinnen, die die Station weiterempfehlen würden signifikant höher ($M=1,06$ bzw. $M=1,33$; $Z=-2,39$; $p<0,017$).

Einfühlsame Zuwendung der Ärztinnen: Ebenso war die Zufriedenheit mit der einfühlsamen Zuwendung durch die ÄrztInnen unter den Patientinnen, die die Station weiterempfehlen würden, signifikant höher ($M=1,07$) als bei jenen Patientinnen, die dies nur vielleicht oder nicht tun würden ($M=1,66$; $Z=-4,06$; $p<0,001$).

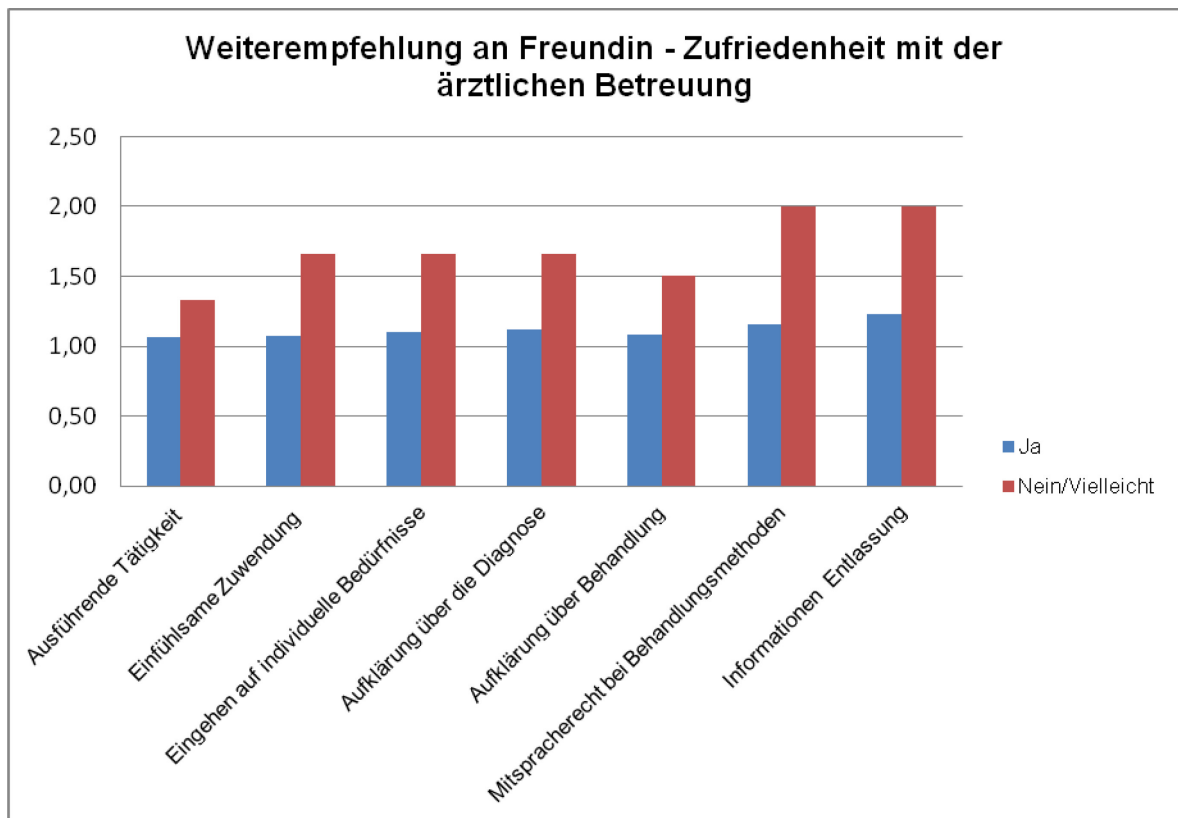
Eingehen auf individuelle Bedürfnisse und Wünsche: Jene Patientinnen, die die Station weiterempfehlen würden, waren auch mit dem Eingehen auf ihre individuellen Bedürfnisse durch die ÄrztInnen signifikant zufriedener ($M=1,10$ bzw. $M=1,66$; $Z=-3,75$; $p<0,001$).

Ausführliche Aufklärung über Diagnosen: Auch bei diesem Punkt waren jene Patientinnen, die die Station weiterempfehlen würden, signifikant zufriedener ($M=1,12$) als jene, die die Station nicht weiterempfehlen würden ($M=1,66$; $Z=-3,45$; $p<0,001$).

Ausführliche Aufklärung über die Behandlung und Eingriffe: Auch bei diesem Punkt zeigte sich dasselbe Bild, dass jene Patientinnen, die die Station weiterempfehlen würden, signifikant zufriedener waren ($M=1,08$ bzw. $M=1,50$; $Z=-3,05$; $p<0,002$).

Mitspracherecht bei Behandlungsmethoden: Unverändert auch hier waren die Patientinnen, die die Station weiterempfehlen würden, signifikant zufriedener ($M=1,16$) als jene Patientinnen, die dies nicht oder nur vielleicht tun würden ($M=2,0$).

Information über Verhaltensregeln nach der Entlassung: Auch bei diesem Punkt waren wieder jene Patientinnen, die die Station weiterempfehlen würden signifikant zufriedener ($M=1,24$ bzw. $M=2,0$; $Z=-2,39$; $p<0,047$).



Ausübende Tätigkeit/Kompetenz seitens der Pflegefachkräfte: Bei der Zufriedenheit mit der Kompetenz der Pflegefachkräfte zeigte sich ein sehr ähnliches Bild. Auch hier waren jene Patientinnen, die die Station weiterempfehlen würden, signifikant zufriedener ($M=1,06$), als jene Patientinnen, die dies nicht oder nur vielleicht tun würden ($M=2,0$; $Z = -3,73$; $p<0,001$).

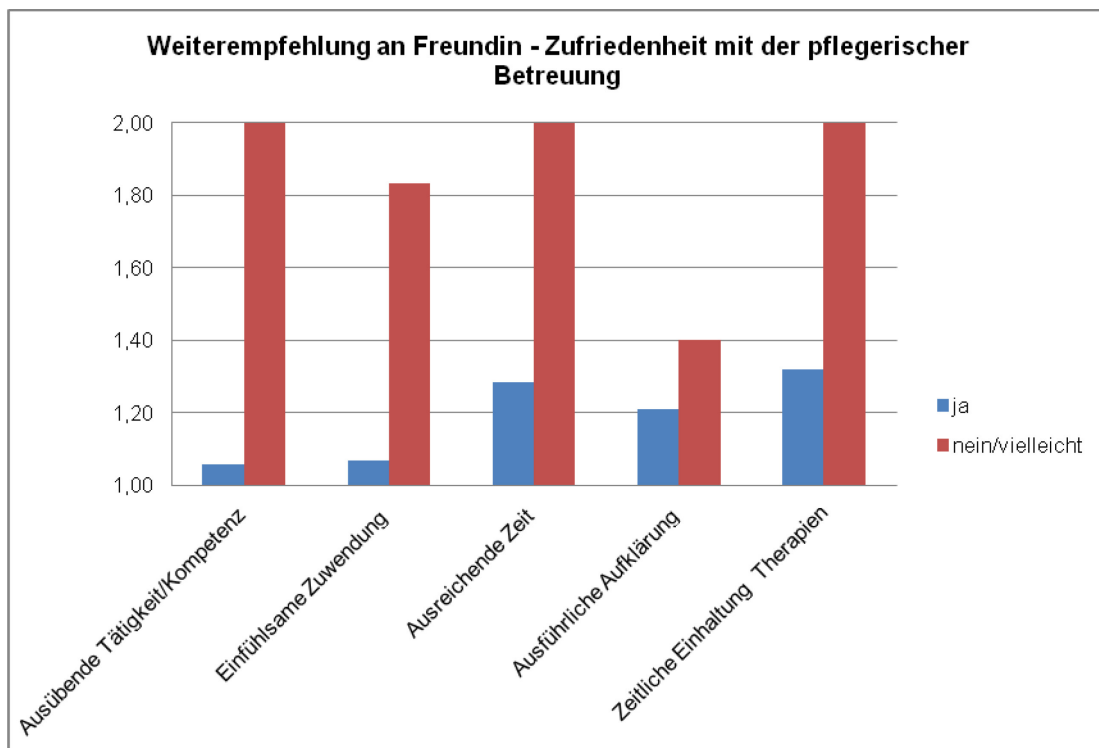
Einfühlsame Zuwendung der Pflegefachkräfte: Auch bei diesem Punkt unterschieden sich die beiden Gruppen signifikant ($Z=-3,47$; $p<0,001$). Jene Patientinnen, die die Station nicht oder nur vielleicht weiterempfehlen würden wieder einmal deutlich unzufriedener ($M=1,83$ bzw. $M=1,07$).

Ausreichend Zeit für die individuelle Betreuung: Knapp kein signifikantes Niveau erreichte die Mittelwertunterschiede zwischen den beiden Gruppen in der Frage nach der Zufriedenheit mit der vorhandenen Zeit der Pflegefachkräfte für die individuelle Betreuung ($Z=-1,87$; $p<0,62$). Es bewerteten jene Patientinnen, die die Station weiterempfehlen würden

dies zwar wieder deutlich positiver ($M=1,28$), als jene die dies nicht oder nur vielleicht tun würden ($M=2,0$), jedoch erreichte dieser Unterschied kein signifikantes Niveau.

Ausführliche Erklärung der Pflegemaßnahmen: Ebenso keinen signifikanten Unterschied gab es zwischen den beiden Gruppen hinsichtlich der Zufriedenheit mit der ausführlichen Aufklärung der Pflegemaßnahmen ($Z=-0,20$; $p<0,843$).

Zeitliche Einhaltung der Therapien: Kein signifikanter Unterschied konnte auch bei der Zufriedenheit mit der zeitlichen Einhaltung der Therapien festgestellt werden ($Z=-0,95$; $p<0,341$).

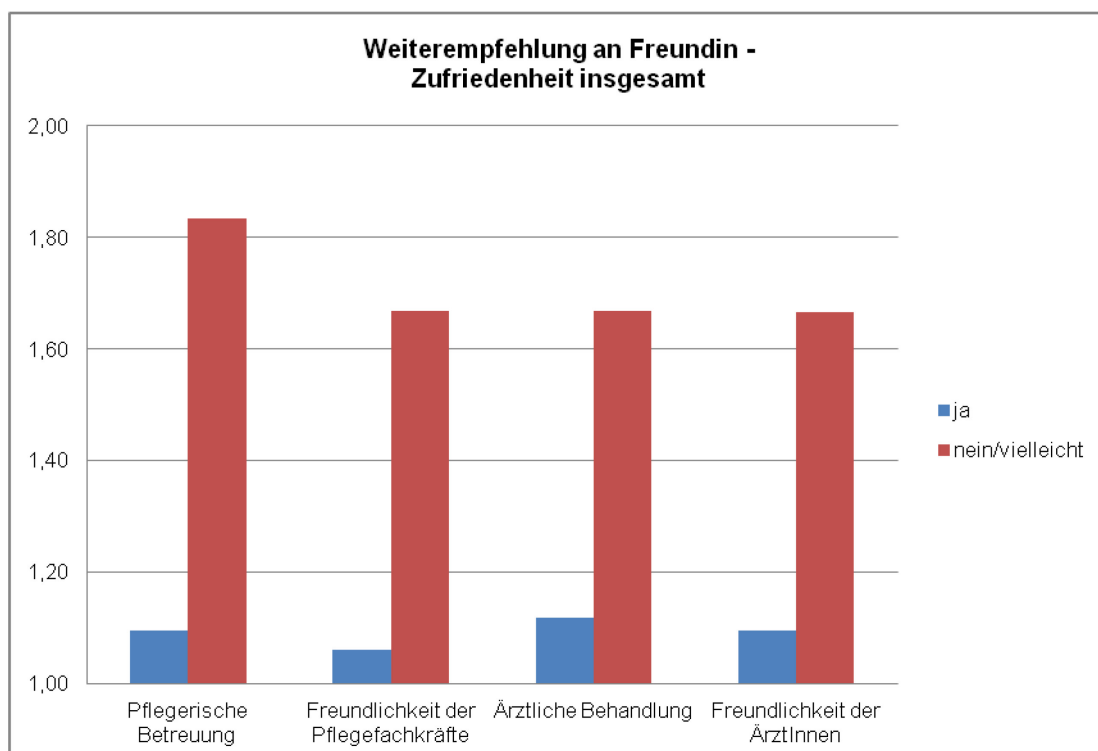


Zufriedenheit mit der pflegerischen Betreuung insgesamt: Einen hoch signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen gab es bei der generellen Zufriedenheit mit der pflegerischen Betreuung ($Z=-3,11$; $p<0,002$). Wie zu erwarten waren jene Patientinnen, die die Station weiterempfehlen würden, deutlich zufriedener ($M=1,10$), als jene Patientinnen, die dies nicht oder nur vielleicht tun würden ($M=1,83$).

Zufriedenheit mit der Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft der Pflegefachkräfte insgesamt: Auch bei diesem Punkt zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen ($Z=-2,56$; $p<0,01$). Auch hier waren jene Patientinnen, die die Station weiterempfehlen würden deutlich zufriedener ($M=1,06$ bzw. $M=1,67$).

Zufriedenheit mit der ärztlichen Behandlung insgesamt: Kein anderes Bild zeigte sich auch bei der generellen Zufriedenheit mit der ärztlichen Behandlung. Auch hier gab es einen hoch signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen ($Z=-3,56$; $p<0,001$) und auch hier waren jene Patientinnen, die die Station weiterempfehlen würden, die deutlich zufriedeneren ($M=1,12$ bzw. $M=1,67$).

Zufriedenheit mit der Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft der ÄrztInnen insgesamt: Kein überraschendes Ergebnis auch bei diesem Punkt. Der Unterschied zwischen den beiden Gruppen erreichte ein hoch signifikantes Niveau ($Z=-3,96$; $p<0,001$) und wiederum waren die weiterempfehlenden Patientinnen die deutlich zufriedeneren ($M=1,10$ bzw. $M=1,67$).



Interpretationen

Die Ergebnisse der Fragebogenuntersuchung zeigten sehr deutlich, dass die generelle Zufriedenheit der Patientinnen mit der gynäkologischen Station als sehr hoch einzustufen ist. So würden mehr als neun von zehn Patientinnen die Station einer Freundin weiterempfehlen und nur zwei Prozent würden dies sicherlich nicht tun. Diese sehr hohe Zufriedenheit war auch in der Bewertung der pflegerischen und ärztlichen Leistungen gegeben. So gaben bei diesen Fragen eine überwiegende Mehrheit der Patientinnen an, mit den Leistungen sehr zufrieden gewesen zu sein und nur eine sehr kleine Gruppe gab an, damit eher oder sehr unzufrieden gewesen zu sein. Wenn von den befragten Patientinnen Kritik geübt bzw. Verbesserungsvorschläge eingebracht wurden, betraf dies überwiegend die Ausstattung der Zimmer und der Station oder die Organisation von Abläufen. Nur zu einem sehr geringen Teil äußerten die befragten Patientinnen Verbesserungsvorschläge oder Kritik an der pflegerischen oder ärztlichen Arbeit. Eine mögliche Interpretation dieser Ergebnisse ist, dass es für Patientinnen sehr viel einfacher war die Qualität der Ausstattung und die Organisation von Abläufen zu bewerten, als die Qualität der pflegerischen und ärztlichen Arbeit. So gibt es bei der Bewertung der Mahlzeiten, der Getränkeauswahl oder der Sauberkeit und Hygiene meist viel häufiger Vergleichsmöglichkeiten und wahrscheinlich werden als Vergleichsmodelle nicht nur andere Stationen oder Krankenhäuser genommen, sondern auch das Hotel vom letzten Urlaub oder die eigene Wohnung. Bei Einstufung der Kompetenz der pflegerischen und ärztlichen Arbeit fehlen diese naheliegenden Vergleichsmodelle meist, wodurch deren Einschätzung und Bewertung meist schwerer fällt und seltener Verbesserungsvorschläge eingebracht werden können.

Bei der genaueren Analyse der Zufriedenheit mit der pflegerischen Betreuung zeigte sich, dass zwischen den verschiedenen befragten Aspekten teilweise signifikante Unterschiede bestehen. So wurde die Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft der Pflegefachkräfte besonders positiv

beurteilt. Dies ist von besonderer Bedeutung, da die erlebte Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft der Pflegefachkräfte ein essentieller Bestandteil im Aufbau und der Aufrechterhaltung einer positiven Beziehung zwischen der Patientin und den Pflegefachkräften ist. Etwas negativer wurden hingegen jene Aspekte der pflegerischen Arbeit beurteilt, die auf mangelnde zeitliche Ressourcen zurückzuführen sind. So wurde sowohl die Zufriedenheit mit den zeitlichen Ressourcen für eine individuelle Betreuung als auch die Zufriedenheit mit der zeitlichen Einhaltung der vorgesehenen Therapien signifikant negativer eingestuft. Dies legt natürlich den Schluss nahe, dass Sparmaßnahmen bei den Pflegefachkräften Auswirkungen auf die Zufriedenheit der Patientinnen haben. Diese Auswirkungen können durch den Arbeitseinsatz, die Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft der Pflegefachkräfte noch in Grenzen gehalten werden, aber sie sind bereits messbar. Diese Interpretation wird auch durch eine konkrete Rückmeldung einer Patientin bei den Verbesserungsvorschlägen unterstützt. Diese gab an, dass sie die spärliche Besetzung der Station in der Nacht mit Pflegefachkräften sehr bedenklich fand und sie nur durch deren hohen Arbeitseinsatz und Engagement mit der Situation zufrieden war. So wie bei dieser Rückmeldung wurde bei den meisten Verbesserungsvorschlägen, die die pflegerische Arbeit betrafen, der Mangel an zeitlichen Ressourcen der Pflegefachkräfte hervorgehoben. Die Aspekte Kommunikation und Empathie der Pflegefachkräfte wurden von den befragten Patientinnen generell sehr gut bewertet. Sie unterschieden sich dabei nicht signifikant von der hohen generellen Zufriedenheit mit der Arbeit der Pflegefachkräfte.

Die genauere Analyse der Zufriedenheit mit der ärztlichen Betreuung zeigte auch einige interessante Details. So war auch hier die generelle Zufriedenheit mit der ärztlichen Behandlung sehr hoch und wurde die Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft des Ärzteteams meist als sehr gut bewertet. Die wenigen Verbesserungsvorschläge der Patientinnen zur Arbeit der Ärztinnen beinhalteten meist nur besonderes Lob oder Kritik an einzelnen ÄrztInnen. Interessant ist jedoch, dass sich die Zufriedenheit mit

der Aufklärung durch die ÄrztInnen zwischen den verschiedenen erfragten Aspekten signifikant unterschied. So waren die befragten Patientinnen mit der Aufklärung über die Behandlung deutlich zufriedener, als mit der Aufklärung über die Diagnose, mit der Möglichkeit der Mitsprache bei der Behandlung und mit der Aufklärung über Verhaltensregeln in der Zeit nach der Entlassung. Eine mögliche Ursache dafür könnte sein, dass gerade das Aufklärungsgespräch über die Behandlung auf Grund rechtlicher Aspekte und möglicher Schadensersatzforderungen immer mehr an Bedeutung gewann. Die anderen Aspekte standen hingegen nicht im gleichen Maße im Zentrum des Interesses. Für die Zufriedenheit der Patientinnen wäre es jedoch wichtig, dass nicht nur die Aufklärung über die Behandlung und mögliche Eingriffe sehr ausführlich stattfindet, sondern sich auch genügend Zeit genommen wird, um den Patientinnen die Diagnose zu erklären, ihnen eine Mitsprachemöglichkeit bei den Behandlungsmethoden gegeben wird und sie ausreichend Informationen über die Verhaltensregeln in der Zeit nach der Entlassung bekommen.

Literaturverzeichnis

Applebaum, Robert K. (u.a.). (2004). Patientenzufriedenheit benennen, bestimmen, beurteilen. 1.Auflage. Bern: Hans Huber Verlag.

Backs, Stephan (u.a.). (1998). Kommunikation und Pflege. Eine Untersuchung von Aufnahmegesprächen in der Pflegepraxis. Wiesbaden: Ullstein Medical Verlag GmbH & Co.

Braun, Bernard/Müller, Rolf. (2003). Auswirkungen von Vergütungsformen auf die Qualität der stationären Versorgung. Band XXVI. Schwäbisch Gmünd/St.Augustin: Asgard Verlag

Elzer, Matthias/Sciborski, Claudia. (2010). Kommunikative Kompetenzen in der Pflege: Theorie und Praxis der verbalen und nonverbalen Interaktion. 1.Auflage. Berlin: Hans Huber Verlag.

Fischer, Andrea/Sibbel, Rainer. (2011). Der Patient als Kunde und Konsument. Wie viel Patientensouveränität ist möglich? 1.Auflage. Wiesbaden: Gabler Verlag.

Fleige, Gerrit/Philipp, Marc P. (2011). Handlungsoptionen für Kliniken und Leistungserbringer. Beitrag in: Der Patient als Kunde und Konsument. 1.Auflage. Wiesbaden: Gabler Verlag.

Friedrich, Hannes. (2010). Beitrag in: Das Verhältnis von Arzt und Patient. Der kalte Blick des Arztes- Hightech und Menschlichkeit. München: Wilhelm Fink Verlag.

Güntert, Bernhard J./Thiele, Günter. (2008). Gibt es eine Unterfinanzierung in der Pflege? Beitrag in: Soziale Ungleichheit und Pflege. Beitrag sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung. (Hrsg.) Bauer, Ullrich/Büscher, Andreas. 1.Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Jayne Felgen, Jayne. (2011). Eine fürsorgende und heilende Umgebung. Beitrag in: Beziehungsbasierte Pflege. (Hrsg.) Koloroutis, Mary. 1.Auflage. Bern: Hans Huber Verlag.

Jütte, Robert. (2010). Homöopathie – das besondere Arzt-Patienten-Verhältnis. Beitrag in: Das Verhältnis von Arzt und Patient. München: Koloroutis, Mary. (2011). Beziehungsbasierte Pflege. Ein Modell zur Veränderung der Pflegepraxis. (Hrsg.) Momburg, Martin/Schulte, Dietmar. 1.Auflage. Bern: Wilhelm Fink Verlag.

Leoni-Scheiber, Claudia.(2004). Der angewandte Pflegeprozess. Wien: Facultas Verlag.

Matolycz, Esther. (2009). Kommunikation in der Pflege. Wien: Springer Verlag.

Mliner, Martina Maria. (2011). Diplomarbeit: „Das Phänomen „Mitleid“ unter besonderer Berücksichtigung des Philosophen Werner Marx“. Wien: Hauptuniversität.

Moore, Nancy. (2008). Beitrag in: Pflege delegieren. (Hrsg.) Moser, Thomas. 1.Auflage. (Hrsg.) Bern: Hans Huber Verlag.

Neumann-Ponesch, Silvia. (2011). Modelle und Theorien in der Pflege. 2.Auflage. Wien: Facultas Verlag.

Scheichenberger, Sonja. (2009). Ressourcenorientierte Interaktion in der Pflege. Wien: Facultas Verlag.

Schell, Werner. (2011). 100 Fragen zum Umgang mit Mängeln in Pflegeeinrichtungen. Hannover: Brigitte Kunz Verlag.

Schmid, Elmar (u.a.). (2008). Patientencoaching, Gesundheitscoaching und Case Management. Methoden im Gesundheitsmanagement von Morgen. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft OHG.

Schroeter, Klaus R. (2008). Pflege in Figurationen – ein theoriegeleiteter Zugang zum ‚sozialen Feld der Pflege‘, Beitrag in: Soziale Ungleichheit und Pflege. Beitrag sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung. 1.Auflage. Wiesbaden: Sozialwissenschaftlicher Verlag.

Seda, Sabine. (2009). Diplomarbeit: Patientenzufriedenheit während des Spitalsaufenthaltes zur Katarakt Operation – ein Kriterium der Dienstleistungsqualität im Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel. Wien: Hauptuniversität

Seidel, Alina. (2007). „Kundenorientierte Kommunikation“ Konzeptionalisierung und empirische Analyse im Dienstleistungsbereich. Wiesbaden: Dt. Univ. Verlag.

Veit, Annegret. (2004). Professionelles Handeln als Mittel zur Bewältigung des Theorie-Praxis-Problems in der Krankenpflege. 1.Auflage. Bern: Hans Huber Verlag.

Internet

Baumer, Eva-Maria (u.a.). Patientenorientierte Stationsorganisation, Projekt von Februar 1998 – Dezember 2000, <http://www.univie.ac.at/qik/mp4/mp4.PDF>, am 22. November 2012/23.38Uhr.

Trummer, Ursula. (1997). Leitfaden zur Patient/inn/enorientierung des
österreichischen Bundesministerium
[http://www.patientenanwalt.com/fileadmin/dokumente/04_
publikationen/patientenzentrierte_projekte/0405_UPatzenz_Trummer_proj
.pdf](http://www.patientenanwalt.com/fileadmin/dokumente/04_publicationen/patientenzentrierte_projekte/0405_UPatzenz_Trummer_proj.pdf). Wien: BMGS.

[http://de.wikipedia.org/wiki/Krankenhaus_der_Barmherzigen_Br%C3%BC
der_Wien](http://de.wikipedia.org/wiki/Krankenhaus_der_Barmherzigen_Br%C3%BCder_Wien), am 18.03.2013, um 12.00 Uhr.

L E B E N S L A U F

Persönliche Daten:

Vor- und Zuname:	Nuran Ant
Geburtsdatum:	1972
Staatsbürgerschaft:	Österreich
Familienstand:	Verheiratet
Kinder:	1

Schulbildung:

1981 – 1985	Volksschule
1985 – 1989	Hauptschule
1989 – 1992	Handelsschule
1992 – 1993	Maturaschule
1993 – 1994	Studienberechtigungsprüfung
1994 – 1995	Biologiestudium (2 Semester)
1995 – 2004	Medizinstudium mit Unterbrechung
2004 – 2013	Pflegewissenschaftsstudium

Beruflicher Werdegang:

1997 – 2000	Kassierin
2000 – 2002	Interviewerin
2000 – 2008	Kinderbetreuerin
2009 – 2010	Lehrgang Fremdsprachenkursleiterin
2011 – 2012	Bioenergetikerin