



Hochschule Wismar

Fachhochschule für Technik, Wirtschaft und Gestaltung

Fachbereich Wirtschaft



Hochschule Wismar

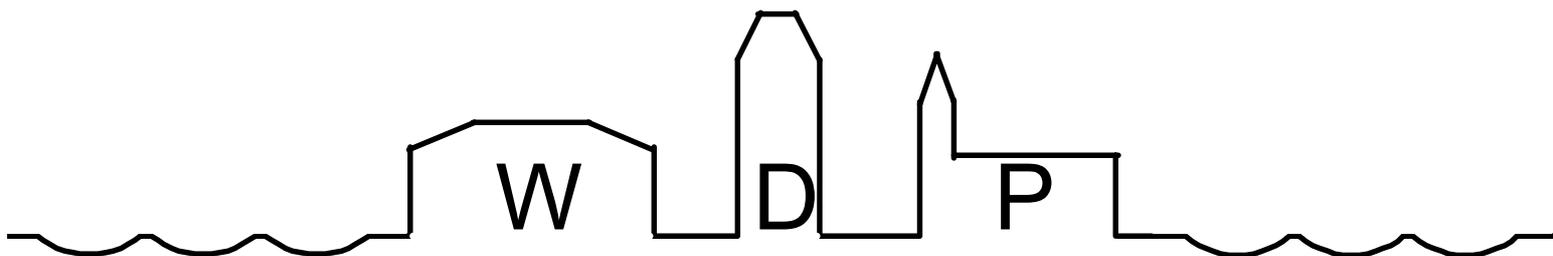
University of Technology, Business and Design

Department of Business

Melanie Pippig

Möglichkeiten und Grenzen der Messung von Kunden-
zufriedenheit in einem Krankenhaus

Heft 03 / 2003



Wismarer Diskussionspapiere / Wismar Discussion Papers

Der Fachbereich Wirtschaft der Hochschule Wismar, Fachhochschule für Technik, Wirtschaft und Gestaltung bietet die Studiengänge Betriebswirtschaft, Management sozialer Dienstleistungen, Wirtschaftsinformatik und Wirtschaftsrecht an. Gegenstand der Ausbildung sind die verschiedenen Aspekte des Wirtschaftens in der Unternehmung, der modernen Verwaltungstätigkeit im sozialen Bereich, der Verbindung von angewandter Informatik und Wirtschaftswissenschaften sowie des Rechts im Bereich der Wirtschaft.

Nähere Informationen zu Studienangebot, Forschung und Ansprechpartnern finden Sie auf unserer Homepage im World Wide Web (WWW): <http://www.wi.hs-wismar.de/>.

Die Wismarer Diskussionspapiere / Wismar Discussion Papers sind urheberrechtlich geschützt. Eine Vervielfältigung ganz oder in Teilen, ihre Speicherung sowie jede Form der Weiterverbreitung bedürfen der vorherigen Genehmigung durch den Herausgeber.

Herausgeber: Prof. Dr. Jost W. Kramer
Fachbereich Wirtschaft
Hochschule Wismar
Fachhochschule für Technik, Wirtschaft und Gestaltung
Philipp-Müller-Straße
Postfach 12 10
D – 23966 Wismar
Telefon: ++49 / (0)3841 / 753 441
Fax: ++49 / (0)3841 / 753 131
e-mail: j.kramer@wi.hs-wismar.de

ISSN 1612-0884
ISBN 3-910102-27-1

JEL-Klassifikation M21, L30

Alle Rechte vorbehalten.

© Hochschule Wismar, Fachbereich Wirtschaft, 2003.
Printed in Germany

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-----------|
| I. Abbildungsverzeichnis | 4 |
| II. Abkürzungsverzeichnis | 4 |
| 1. Einleitung | 5 |
| 2. Notwendigkeit zur Messung von Kundenzufriedenheit im Krankenhaus | 6 |
| 2.1. Notwendigkeit mit Blick auf die Patienten | 7 |
| 2.2. Notwendigkeit mit Blick auf die niedergelassenen Ärzte | 8 |
| 2.3. Notwendigkeit aus allgemeiner Sicht | 9 |
| 3. Entwicklungsschritte einer Kundenzufriedenheitsanalyse | 10 |
| 3.1. Entwicklungsschritte in Bezug auf die Patienten | 10 |
| 3.2. Entwicklungsschritte in Bezug auf die niedergelassenen Ärzte | 16 |
| 4. Möglichkeiten und Grenzen zur Messung von Kundenzufriedenheit | 17 |
| 4.1. Multiattributive Verfahren - Zufriedenheitsbefragung | 18 |
| 4.2. Beschwerdeanalyse | 20 |
| 4.3. Sequentielle Ereignismethode | 21 |
| 4.4. Critical Incident Technique | 21 |
| 4.5. Stiftung Warentest | 22 |
| 5. Zusammenfassung | 23 |
| Literaturverzeichnis | 25 |
| Anlagen | 26 |
| Autorenangaben | 27 |

I. Abbildungsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Abb. 1. Disconfirmation Paradigma | 7 |
| Abb. 2. Wer hat das Krankenhaus als behandelnde Heilstätte ausgewählt? | 8 |
| Abb. 3. Stärken - Schwächen - Profil | 15 |
| Abb. 4. EFQM - Modell | 26 |

II. Abkürzungsverzeichnis

| | |
|---------|---|
| Abb. | Abbildung |
| Abs. | Absatz |
| bzw. | beziehungsweise |
| d. h. | das heißt |
| EFQM | European Foundation of Quality Management |
| e. V. | eingetragener Verein |
| f., ff. | folgende, fortfolgende |
| http | hypertext transfer protocol |
| o. V. | ohne Verfasser |
| s. | siehe |
| S. | Seite |
| SGB | Sozialgesetzbuch |
| u. a. | unter anderem |
| vgl. | vergleiche |
| www. | world wide web |
| z. B. | zum Beispiel |
| zit. | zitiert |

1. Einleitung

Angesichts steigender inhaltlicher und finanzieller Anforderungen und zunehmenden Wettbewerbs im Gesundheitswesen ist es erforderlich, die Qualität für Empfänger der Dienstleistungen zu sichern und dauerhaft zu verbessern.

Der Gesetzgeber hat mit § 135a SGB V „Die Verpflichtung zur Qualitätssicherung“ festgeschrieben. Laut § 135a Abs. 2 SGB V betrifft diese Bestimmung zugelassene Krankenhäuser. Demnach sind sie verpflichtet, „einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln“.

Betrachtet man Kundenzufriedenheitsmessungen als ein Instrument des Qualitätsmanagements, so lässt sich die Notwendigkeit gesetzlich ableiten.

Im Rahmen qualitätssichernder Maßnahmen oder im Zuge von Qualitätsmanagement findet häufig die Erhebung der Kundenzufriedenheit statt. Qualitätssicherung an sich ist in Krankenhäusern ein bereits bekanntes Thema; so werden beispielsweise medizinische Ergebnisparameter kontrolliert und interne Weiterbildungen organisiert. Als ziemlich neu gilt die Bedeutung von Patientenurteilen für die Bewertung von Qualität im Krankenhaus, welche in den letzten Jahren beträchtlich angestiegen ist (Vgl. Schild/Maurer 2002).

Der Begriff Qualität wird in der Literatur mit verschiedenen Inhalten gefüllt. Das Wort „Qualität“ hat seinen Ursprung im Lateinischen und umschreibt nach allgemein sprachlicher Auffassung „Beschaffenheit, „Güte“ oder „Wert“ eines Objektes. Die Deutsche Gesellschaft für Qualität e. V. hat folgende Definition aufgestellt: „Qualität ist die Gesamtheit von Merkmalen (und Merkmalswerten) einer Einheit bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen“ (Bruhn 2001: 27).

Krankenhäuser sind den Dienstleistungsunternehmen zuzuordnen. Brüggink definiert Dienstleistungsqualität „als die Fähigkeit eines Anbieters, die Beschaffenheit einer primär intangiblen und der Kundenbeteiligung bedürftigen Leistung aufgrund von Kundenerwartungen auf einen bestimmten Anforderungsniveau zu erstellen“.¹ Brügginks Sicht der Dinge verdeutlicht, dass Dienstleistungsqualität nichts Beständiges ist. Demnach ist die Bewertung der Qualität nicht nur von der Leistung abhängig, sondern die Beurteilung der Dienstleistungsqualität kann sich auch bei gleichbleibender Leistung verän-

¹ Brüggink, (1999): Wie zufrieden sind ihre Patienten wirklich? Die schriftliche Patientenbefragung als Instrument zur Qualitätssicherung in einem Krankenhaus. Eine Beispielstudie in Theorie und Praxis, zit. nach Schild, Maurer: Befragungen zur Patientenzufriedenheit, unter <http://www.medizinfo.com/quamed/html/abstrcta2html>, abgerufen am 07.11.2002.

dern. Dies ist dann der Fall, wenn sich die Erwartungen der Kunden², speziell die der Patienten ändern (Vgl. Schild/Maurer 2002).

Gegenstand dieser Arbeit ist es, verschiedene Möglichkeiten zur Messung von Kundenzufriedenheit im Krankenhaus zu ermitteln. Dabei soll vorab in chronologischer Abfolge ihre Notwendigkeit aus unterschiedlichen Perspektiven erarbeitet werden und einzelne Entwicklungsschritte zur Kundenzufriedenheitsanalyse betrachtet werden. Am Ende soll durch das konkrete Vorstellen der verschiedenen Verfahren eine kleine Auswahl zum Abwägen hinsichtlich der günstigsten Methode zur Verfügung stehen.

2. Notwendigkeit zur Messung von Kundenzufriedenheit im Krankenhaus

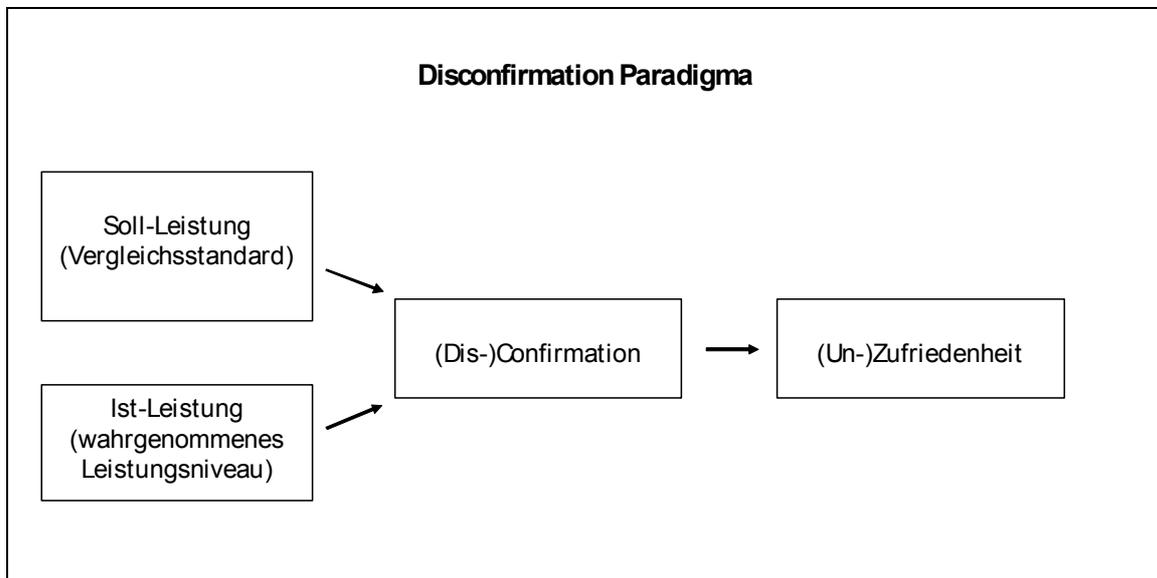
Bevor die verschiedenen Möglichkeiten und Grenzen der Messung von Kundenzufriedenheit aufgezeigt werden, stellt sich vorweg die Frage nach der Notwendigkeit zur Messung von Kundenzufriedenheit in einem Krankenhaus. Ehe der Analyse dieses Bedarfs nachgegangen wird, soll eine kurze Begriffsdefinition von Kundenzufriedenheit vorgenommen werden.

„Im Mittelpunkt des theoretischen Erklärungsmodells der Kundenzufriedenheit von Homburg und Rudolph steht ein kognitiver Soll-Ist-Vergleichsprozess, der zu einer Bestätigung (Confirmation) oder Nichtbestätigung (Disconfirmation) führt (vgl. Abb. 1). Als direkte emotionale Reaktion auf diesen (Nicht-)Bestätigungsprozess resultiert Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit. Der Prozess der Bestätigung bzw. Nichtbestätigung ist somit die zentrale Schnittstelle zwischen der Soll- und der Ist-Leistung sowie der (Un-)Zufriedenheit.“³ Die individuell ausgerichteten Bedürfnisse der Patienten/Ärzte spiegeln sich in der Soll-Leistung wider, welche von mehreren Faktoren wie beispielsweise Erwartungen, bisherigen Erfahrungen und Idealen abhängig ist. Die Ist-Leistung hingegen spiegelt die subjektiv wahrgenommene Leistung durch die Patienten/Ärzte wider, die von der objektiven Leistung durchaus abweichen kann. In der Regel sind objektive Leistungen für alle Patienten/Ärzte gleich, während subjektiv wahrgenommene Leistungen individuell verschieden sein können.

² In der gesamten Arbeit wird darauf verzichtet, bei der Bezeichnung von gemischten Personengruppen die männliche und weibliche Geschlechtsform anzugeben. Die männliche Form steht gleichbedeutend für beide Geschlechter.

³ Homburg, Rudolph (1995): Perspektiven zur Kundenzufriedenheit, zit. nach Schild, Maurer: Befragungen zur Patientenzufriedenheit, unter <http://www.medizinfo.com/quamed/html/abstrcta2html>, abgerufen am 07.11.2002,

Abb. 1: Disconfirmation Paradigma



Quelle: O. V. (2002a).

Um die Notwendigkeit der Kundenzufriedenheit an dieser Stelle zu verifizieren, soll zunächst einmal der Kundenbegriff im Krankenhaus festgelegt werden. Die Hauptkunden und direkten Leistungsempfänger eines Krankenhauses sind die *Patienten*, die wegen ihrer eingeschränkten Konsumentensouveränität im medizinischen Bereich durch die *einweisenden Ärzte* als Leistungsveranlasser und auf ökonomischem Gebiet durch die Krankenkassen als Leistungsfinanzierer vertreten werden (Vgl. Gorschlüter 1999: 175).

Neben dem Schwerpunkt der Patientenzufriedenheit soll auch die Kundenzufriedenheit mit Blick auf die einweisenden Ärzte in dieser Arbeit thematisiert werden, wobei die Krankenkassen bei den Betrachtungen außen vor gelassen werden sollen. Stattdessen wird an gegebener Stelle der Zusammenhang zwischen Patienten/Ärztzufriedenheit und Mitarbeiterzufriedenheit berücksichtigt.

2.1. Notwendigkeit mit Blick auf die Patienten

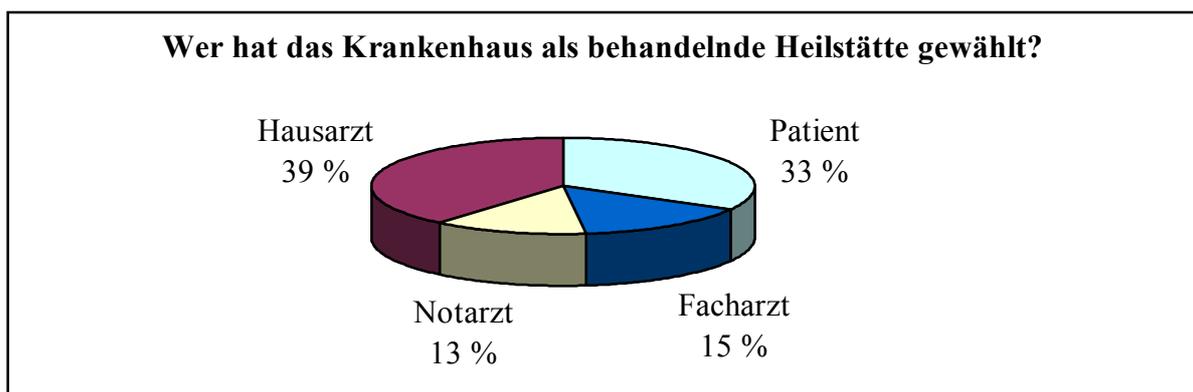
Der Patient allein ist direkter Leistungsempfänger und ist somit in der Lage, die Leistungserstellung in einem Krankenhaus zu beurteilen. Folglich ist der Schwerpunkt auf die Patientenzufriedenheit gemünzt (Vgl. Gorschlüter 1999: 175).

Das Erfordernis zur Messung der Kundenzufriedenheit ergibt sich aus vielerlei Gründen. Zum einen sind hier das gesteigerte Gesundheitsbewusstsein und der verbesserte Bildungsstand der Bevölkerung zu nennen. Die Patienten heutiger Zeit sind anspruchsvoller und erklären sich seltener dazu bereit, ein

Krankenhaus zu akzeptieren, welches sich nicht an den jeweiligen Bedürfnissen orientiert. Aufgrund zunehmender Mobilitätsbereitschaft weiter Teile der Bevölkerung werden angesichts besserer medizinischer Leistungen oftmals weiter entfernte Krankenhäuser aufgesucht (Vgl. Kirn/Kümmerling 1998). Die Tatsache, dass der technische Stand der Entwicklung sehr hoch ist, bringt es mit sich, dass auch die Erwartungen und Ansprüche an die medizinische Leistungsfähigkeit von Krankenhäusern generell als sehr hoch einzuschätzen sind. Jedoch werden neben der fachlichen Qualität vor allem Verständnis, Zuwendung, verständliche und zeitgerechte Informationen und ein dem Lebensstandard angemessenes Umfeld (z. B. Fernseher, Telefon, u. a.) erwartet (Vgl. Gorschlüter 1999: 8f).

„Patienten entwickeln sich somit zu Kunden des Krankenhauses, die mit ihren individuellen Bedürfnissen und Erwartungen ernst genommen werden wollen.“⁴

Abb. 2: Wer hat das Krankenhaus als behandelnde Heilstätte ausgewählt?



Quelle: Vgl. Stauss (2002).

Das Diagramm zeigt, dass ein Drittel aller Krankenhausaufhalte auf der Wahl des Patienten selbst beruht. Deshalb ist es durchaus von Bedeutung, dass der Messung von Kundenzufriedenheit, speziell die der Patienten, aber auch die der niedergelassenen Ärzte nachgekommen wird. Denn damit lässt sich nämlich feststellen, in welchen Bereichen noch Defizite liegen, welche es gilt zu beheben.

2.2. Notwendigkeit mit Blick auf die niedergelassenen Ärzte

Das Erfordernis zur Messung der Zufriedenheit der einweisenden Ärzte ergibt sich ebenfalls aus verschiedenen Aspekten. Wie Abbildung 1 zu entnehmen ist, entscheidet zu 39 % der Hausarzt, in welches Krankenhaus die Einweisung

⁴ Bundesärztekammer (1997: 4), zitiert nach Gorschlüter (1999: 8f).

zu erfolgen hat. Damit gehört der einweisende Arzt, ebenso wie die Patienten, zur wichtigen Zielgruppe im Hinblick auf die Messung der Kundenzufriedenheit.

Der einweisende Arzt in seiner Rolle als Leistungsmittler ist in der Lage, mit seinen Einweiseentscheidungen beispielsweise die Bettenbelegung eines Krankenhauses maßgeblich zu beeinflussen. Im Allgemeinen entscheidet der Arzt über die Notwendigkeit einer Einweisung. Stehen aber mehrere Krankenhäuser zur Auswahl, so erfolgt die Einweiseentscheidung nicht allein in Hinblick auf die Notwendigkeit, sondern hinsichtlich des geeignetsten Krankenhauses. Aufgrund der Tatsache, dass der Patient maßgeblich von der Entscheidung und Empfehlung des Arztes beeinflusst wird, ist er gewissermaßen auch von dessen Einschätzung bezüglich des Krankenhauses und der dortigen Leistung abhängig (Vgl. Kirn/Kümmerling 1998).

Ein weiterer Gesichtspunkt, der für eine Zufriedenheitsanalyse mit dem Ziel der Verbesserung des gegenseitigen Miteinanders spricht, ist der Arztwechsel. Es kann durchaus in Betracht gezogen werden, dass bei negativen Patientenerfahrungen dem einweisenden Arzt die Fehlentscheidung angelastet wird. Folglich ist damit zu rechnen, dass die betroffenen Patienten einen neuen Arzt aufsuchen. Auf der anderen Seite der Überlegung zieht das Krankenhaus einen Nutzen aus der Zufriedenheit von niedergelassenen Ärzten. Denn ist der Arzt mit der erbrachten Leistung des Krankenhauses zufrieden, so ist es wahrscheinlich, dass er seine Einweiseentscheidung wiederholen wird (Vgl. Thill 1999: 168).

2.3. Notwendigkeit aus allgemeiner Sicht

Neben der Notwendigkeit zur Messung von Kundenzufriedenheit aus der speziellen Sicht der Patienten und Ärzte sprechen auch allgemeine Gesichtspunkte für ein solches Bestreben.

Eine verstärkte Ausrichtung auf den Kunden in den Mittelpunkt von Unternehmenstätigkeiten ist zurückzuführen auf den Bedeutungszuwachs von Dienstleistungen in der Gesellschaft. Das gesamte Bruttosozialprodukt wird im Vergleich zu 1990 bis 2010 um 60 %, die Dienstleistungsproduktion dagegen um 80 %, die Sachgüterproduktion aber nur um 43 % steigen (Vgl. Kamiske/Umbreit 2001: 38f). Diese Daten belegen ganz deutlich, dass dem tertiären Sektor in Deutschland noch wachsende Bedeutung zukommt.

Wie der Einleitung bereits zu entnehmen war, ist es durchaus möglich, die Notwendigkeit der Messung von Kundenzufriedenheit auch aus dem SGB V abzuleiten, sobald man Kundenzufriedenheitsmessungen als ein Instrument des Qualitätsmanagements ansieht. Denn gemäß § 135a Abs. 2 SGB V sind zugelassene Krankenhäuser verpflichtet, „einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln“.

An dieser Stelle soll nicht unerwähnt bleiben, dass bei dem European Quality Award der Kundenzufriedenheit mit 20 % der Bewertungspunkte die höchste Bedeutung zukommt (Vgl. Töpfer 1996: 65).⁵

Die Analyse aus den verschiedenen Blickwinkeln heraus lässt ersichtlich werden, dass mit der Messung von Kundenzufriedenheit im Krankenhaus durchaus einem vorherrschenden Bedarf nachgekommen wird.

Wenn ein Krankenhaus Messungen hinsichtlich der Kundenzufriedenheit durchführt, so erhält es als Ergebnis ein Profil seiner Stärken und Schwächen aus Sicht der Kunden. Es gilt diese Erkenntnisse zu nutzen, sodass etwa Budgetmittel sinnvoll, selektiv und effizient dort eingesetzt werden, wo sich Defizite aufgezeigt haben. Durch eine Folgerhebung können Anstrengungen, die aufgrund der Ergebnisse der ersten Messung gemacht wurden, evaluiert werden. Dadurch wird die Effizienz der eingeleiteten Maßnahmen transparent. Ein weiterer Vorteil wäre zum Beispiel, dass die Ergebnisse an die Mitarbeiter kommuniziert werden können und sich so eine größere Sensibilität für Verbesserungsbedürfnisse einstellt. Nicht zuletzt führt eine erhöhte Kundenzufriedenheit zu einer besseren Marktposition.

3. Entwicklungsschritte einer Kundenzufriedenheitsanalyse

3.1. Entwicklungsschritte in Bezug auf die Patienten

Damit sich am Ende einer Messung von Kundenzufriedenheit auch der gewünschte Erfolg im Sinne von aussagekräftigen Ergebnissen einstellt, ist es notwendig die Kundenzufriedenheitsanalyse entsprechend vorzubereiten.

An dieser Stelle soll der Prozess der Kundenzufriedenheitsanalyse mit Blick auf die Patienten näher beleuchtet werden. Die einzelnen Vorgehensweisen orientieren sich schwerpunktmäßig an den von Schild und Maurer etwas modifizierten und erweiterten acht Teilschritte von Thill (Schild/Maurer 2002). Jene Teilschritte sollen das Vorgehen bei der Planung, Entwicklung und Durchführung einer Patientenzufriedenheitsanalyse und speziell der Patientenbefragung transparent machen.

1. Festlegung der Zielgruppe und der Analyseziele
2. Festlegung des methodischen Vorgehens
3. Festlegung des Fragebogendesigns
4. Festlegung der Projektparameter
5. Durchführung eines Pretests und Optimierung des Erhebungsinstruments
6. Durchführung der Befragung
7. Auswertung und Interpretation des Ergebnisses
8. Kommunikation der Ergebnisse
9. Ableitung von Interventionen und Planung des weiteren Vorgehens

⁵ Näheres s. Anlage.

Im ersten Schritt werden die Zielgruppe und die Analyseziele festgelegt. Es muss ganz präzise geklärt werden, was mit der Durchführung der Kundenzufriedenheitsanalyse überhaupt erreicht werden soll. Je genauer dies geschieht, umso besser kann die Definition der Folgeschritte erfolgen und umso aussagefähiger sind die Ergebnisse, welche dann konkret in Verbesserungsmaßnahmen umgesetzt werden können (Vgl. Thill 1999: 103).

Demzufolge muss bestimmt werden, welche Patienten befragt werden sollen. Es stellt sich die Frage, ob man sämtliche Stationen mit allen Patienten einbeziehen will oder ob es eventuell bestimmte Patientengruppen gibt, die von besonderem Interesse sind? Beispielsweise kann man eine Einteilung aufgrund von Diagnosen, Altersgruppen oder der Zugehörigkeit zu einer Krankenversicherung vornehmen.

Grundsätzlich sollten alle Patientengruppen berücksichtigt werden. Folglich sollte nach Mitteln und Wegen gesucht werden, auch diejenigen mit eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit mit einzubeziehen. Zum Beispiel könnten das Patienten sein, die der deutschen Sprache nicht mächtig sind oder behinderte und psychisch labile Patienten. Diesen Schwierigkeiten könnte durch Einsatz von Dolmetschern oder mit Hilfe des persönlichen Interviews entgegengetreten werden. Es gilt, sich von vornherein bewusst zu machen, wer aus welchen Gründen bei der Erhebung absichtlich (oder unabsichtlich, aber unvermeidlich) nicht beteiligt werden kann und welche Konsequenzen das für die Interpretation der Ergebnisse nach sich zieht (Vgl. Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales 2002). Jedoch sollte im Hintergrund dieser Überlegungen die Relation der aufzuwendenden Kosten zum erzielten Nutzen nicht in Vergessenheit geraten.

Die Analyse kann umso differenzierter erfolgen, je enger die zu befragende Gruppe definiert wird und je genauer die Fragestellung ist. Des Weiteren ist es erforderlich festzulegen, ob alle Themenbereiche berücksichtigt werden sollen, die in die Patientenbeurteilung einfließen, oder nur eine beschränkte Auswahl an Themen.

In einem zweiten Schritt wird die methodische Vorgehensweise festgelegt. Hier wird die Entscheidung darüber getroffen, ob qualitative Verfahren, wie z. B. eine Beschwerdeanalyse, die Critical Incident Technique oder die Sequentielle Ereignismethode, oder ob quantitative Verfahren wie beispielsweise ein standardisierter Fragebogen zum Einsatz kommen.⁶ Außerdem muss entschieden werden, ob die Erhebung in schriftlicher, telefonischer oder mündlicher Form erfolgen soll. Dabei spielen Kriterien, wie z. B. Kosten oder die Zeitnähe, mit der die Ereignisse vorhanden sind, eine Rolle.

In Punkt drei wird auf der Basis der Zielgruppe, der Analyseziele und der ausgewählten Befragungsmethode das Fragebogendesign festgelegt, vorausge-

⁶ Genauere Angaben sind aus den entsprechenden Abschnitten aus Kapitel vier zu entnehmen.

setzt, man entscheidet sich vorher für diese Art des Entscheidungsinstruments. Abhängig vom Analyseziel werden die zu fragenden Themen globaler oder differenzierter formuliert und entweder eine durchgängig gleiche oder eine unterschiedliche Fragestruktur gewählt. Zudem steht hier die Entscheidung über die zu erfassenden Inhalte an. „Sind Zufriedenheitsurteile von Interesse oder möchte man die beiden Determinanten der Zufriedenheit, nämlich die Erwartung (Soll-Leistung) und die subjektiv wahrgenommene Leistung (Ist-Leistung) getrennt erfassen“ (Schild/Maurer 2002). Eine getrennte Erfassung gilt als durchaus sinnvoll. Nur durch die getrennte Erhebung lässt sich ermitteln, ob z. B. gefallene Zufriedenheitswerte durch gestiegene Erwartungen der Patienten oder durch zurück gegangene Leistungen des Krankenhauses bedingt sind.

Ebenfalls zweckmäßig ist die gleichzeitige Erhebung der Wichtigkeit einzelner Themen für die Patienten, d. h. die Befragten geben mit Hilfe von Skalen je Merkmal zwei Bewertungen ab. Denn erhebt man sowohl die Zufriedenheit, als auch die Wichtigkeit, so kann man die Ergebnisse in einem Stärken-Schwächen-Profil (s. Abb. 3) graphisch darstellen. Dieser Darstellungsform ist zu entnehmen, an welcher Stelle Verbesserungsmaßnahmen dringend vorgenommen werden müssen, welche Stärken aus Sicht der Patienten besonders bedeutsam sind und in welchen Bereichen das Krankenhaus Stärken und Schwächen hat, die aber von den Patienten als unwichtig wahrgenommen werden.

Die Festlegung der Antwortskala fällt auch mit in den Bereich der Gestaltung des Fragebogendesigns. Es muss beschlossen werden, wie viele Antwortkategorien verwendet werden und ob man der symmetrischen oder der asymmetrischen Antwortskala den Vorzug gibt. Die Verwendung offener Fragen gilt grundsätzlich als empfehlenswert, weil dadurch wertvolle Informationen gewonnen werden, die allein bei vorgegebenen Fragen nicht zum Vorschein kommen. Neben diesem positiven Aspekt muss allerdings auch erwähnt werden, dass diese Methode zwangsläufig zu einem höheren Arbeitsaufwand führt. Es sollte sich stets vor Augen gehalten werden, dass „eine Befragung immer nur so gut ist, wie die Fragen, die gestellt werden“ (Thill 1999: 104).

Im vierten Schritt werden die Projektparameter festgelegt. Aufgabe ist es hier zu planen, wie die Erhebung erfolgen soll. Verschiedene Möglichkeiten sind denkbar. Zum einen kann die Fragebogenabgabe stichtagsbezogen oder am Tag der Entlassung erfolgen. Es ist aber auch denkbar, die Unterlagen erst nach der Entlassung per Post zu zuschicken. Für die letztgenannte Möglichkeit spricht die Tatsache, dass die Patienten zu diesem Zeitpunkt in einem geringen Abhängigkeitsverhältnis stehen und die Antworten daher weniger im Sinne einer sozialen Erwünschtheit ausfallen. Dagegen würde aber sprechen, dass auf diesem Weg den Probanden die erforderliche Motivation nicht zu Teil wird. Denn bei persönlicher Übergabe des Fragebogens könnte auf die Wich-

tigkeit dieser Analyse explizit hingewiesen werden, was bei postalischem Zustellen so nicht möglich ist. Zudem könnten Unklarheiten in Bezug auf die Fragen nur vorab beseitigt werden, bei Postzusendungen ist diese Möglichkeit nicht mehr gegeben. Nicht zuletzt würden zusätzliche Kosten durch das Zuschicken der Unterlagen entstehen, welche durch Mitgabe am Entlassungstag zu umgehen sind.

Weiterhin muss der Befragungszeitraum und der Umfang der Stichprobe festgeschrieben werden. Die Patientenbefragung ist eine zeitlich begrenzte und wiederkehrende Maßnahme. Es wird nicht möglich sein, fortlaufend die gesamte Patientenschaft zu befragen. „Man sollte dies auch nicht tun, denn es gibt Grenzen, jenseits derer der zusätzliche Erkenntnisgewinn den zusätzlichen Erhebungsaufwand sicher nicht rechtfertigt“ (Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales 2002).

Die Größe der Stichprobe richtet sich u. a. nach der Erhebungsart. Bei mündlichen Befragungen in Form von Interviews ist der Informationsgehalt höher als bei schriftlichen Befragungen. Das liegt daran, weil der zur Hilfenahme herangezogene Fragebogen in der Regel nur teilstandardisiert ist und somit entsprechend Feiraum für frei formulierte Aussagen lässt. Infolgedessen wird man bei mündlichen und auch bei telefonischen Befragungen mit einer kleineren Fallzahl auskommen als bei schriftlichen Erhebungen (Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales 2002).

Außerdem muss die Verantwortlichkeit für die Abwicklung des Projektes geklärt werden und die Mitarbeiter informiert werden. Mangels Informationen in Hinblick auf Ziele, Durchführung und Ergebnisse der Kundenzufriedenheitsanalyse kann bei den Mitarbeitern schnell der Eindruck einer versteckten Kontrolle entstehen. Somit würde sich dann eingeschränktes Engagement negativ auf die Durchführung auswirken. Sind die Mitarbeiter von der Notwendigkeit der Befragung überzeugt, so wird sich das auch positiv auf den Ablauf niederschlagen. Zudem besteht die Notwendigkeit, die Zielgruppe entsprechend zu informieren. Anderenfalls ist mit einer geringen Rücklaufquote, schlechtem Ausfüllgrad und einer insgesamt niedrigen Erhebungsqualität zu rechnen (Vgl. Thill 1999: 107).

Im anschließenden Punkt fünf sollte zur ersten Überprüfung des Befragungsinstruments ein Pretest durchgeführt werden. Begründet wird dieses Erfordernis damit, dass vorab an einer kleinen Stichprobe getestet werden kann, inwiefern Fragestellungen unverständlich bzw. missverständlich formuliert sind. Wurden eventuell Schwachpunkte identifiziert, gilt es eine Optimierung vorzunehmen, um vielleicht unangenehme Überraschungen zu umgehen.

Im sechsten Schritt erfolgt die eigentliche Durchführung der Befragung. Zu beachten ist, dass die Übergabe des Fragebogens in standardisierter Weise erfolgt und nicht etwa selektiv an nur bestimmte Patienten. Sichergestellt wird dies durch die vorher sorgfältige Instruierung der Mitarbeiter.

Im siebten Schritt werden die Ergebnisse ausgewertet und interpretiert. Zur Auswertung ist das Heranziehen von Statistiksoftware hilfreich. Die Auswertungsdetails werden in Abhängigkeit von der Fragestellung und Analysezielen festgelegt. So kann beispielsweise je nach Fragestellung ein Vergleich von Privatversicherten und gesetzlich Versicherten aufschlussreich sein, aber auch Stationsvergleiche untereinander im Sinne eines internen Benchmarkings können wertvolle Informationen geben. Vorausgesetzt, die Fragebögen wurden in mehreren Krankenhäusern eingesetzt, so liefert ein externes Benchmarking entsprechend aufschlussreiche Angaben. Graphische Darstellungen im Sinne von Diagrammen sind bei der Interpretation der Ergebnisse hilfreich. Daneben bieten sich graphische Mittelwertvergleiche an, die ein Stärken-Schwächen-Profil (s. Abb. 3) des Krankenhauses als Ganzes bzw. einzelner Stationen abbilden oder Unterschiede zwischen Stationen bzw. Patientengruppen sichtbar machen.

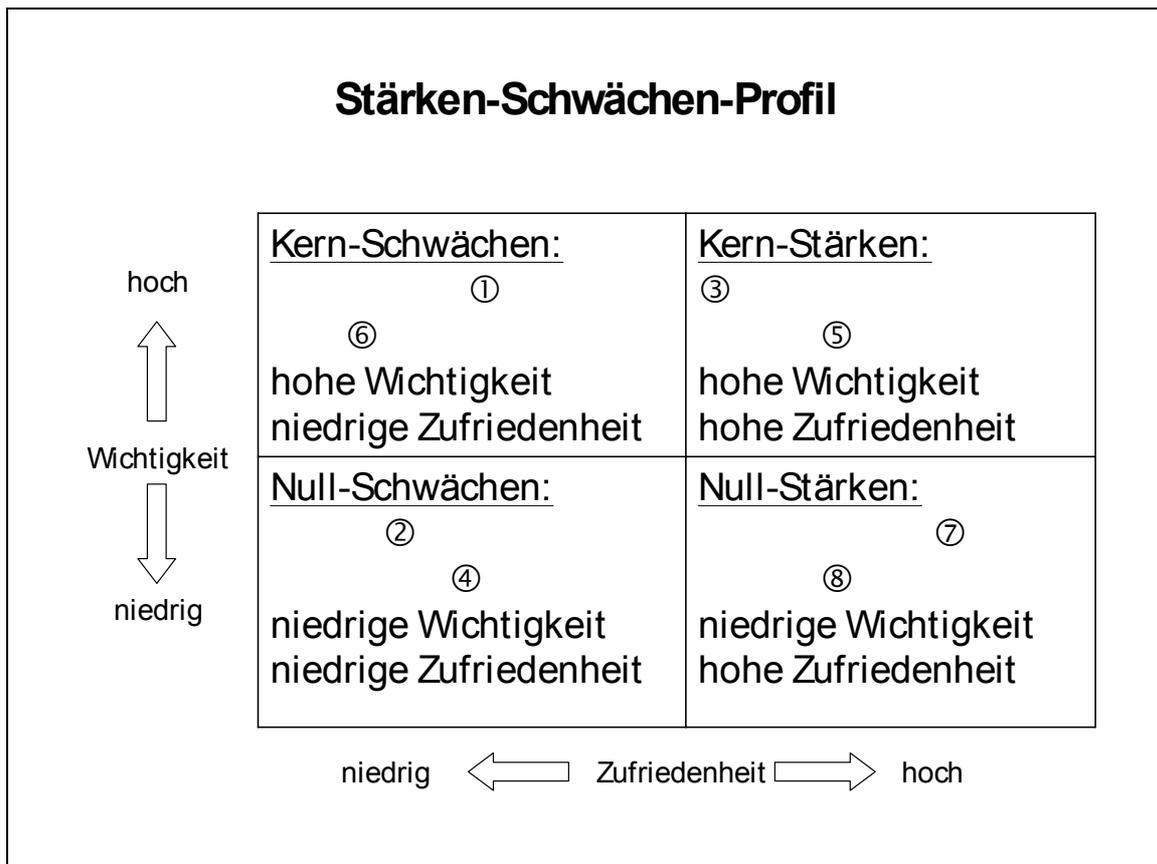
Das Auswertungskonzept muss bereits vorliegen, ehe die Erhebung im Einzelnen überhaupt geplant werden kann. Begründet wird diese Tatsache damit, dass die einzelnen Faktoren, die das Auswertungskonzept vorbestimmen, vom Ziel der Kundenanalyse abhängen. Als Faktoren kommen beispielsweise die Erhebungsart, der Umfang der Stichprobe, die Art der Fragestellungen oder auch der Themenkatalog in Betracht (Vgl. Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales 2002).

Die Kommunikation der Ergebnisse erfolgt im vorletzten Schritt. Es ist denkbar, dass mittels Publikationen Kernstärken des Krankenhauses der Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden. Daneben ist es angebracht, die Ergebnisse im Krankenhaus selbst, also intern, zu kommunizieren. Die Ergebnisberichte sollten möglichst knapp und anschaulich gestaltet sein, damit sie prinzipiell jeder Mitarbeiter lesen mag und zudem auch versteht. In den Berichten kommt es nicht darauf an, dass sämtliche erfasste Daten in jedem Detail wiedergegeben werden. Hierfür eignet sich vielmehr ein extra Tabellenband, welches die kompletten Materialien enthält. Dieser Tabellenband sollte Mitarbeitern mit Leitungsfunktion und Qualitätssicherheitsbeauftragten des Krankenhauses zur Verfügung gestellt werden. Deren Aufgabe ist es, sich ausführlich mit den Ergebnissen zu befassen.

Die Berichterstattung könnte im Rahmen einer internen Versammlung stattfinden, wobei noch einmal an das Anliegen, Instrument und Procedere der Kundenzufriedenheitsmessung erinnert werden sollte. Erst anschließend empfiehlt es sich, die wichtigsten Ergebnisse zu präsentieren, den Bericht mit entsprechenden Erläuterungen zu verteilen und anschließend zu diskutieren. Auf diese, nicht ganz ohne Aufwand verbundene Art und Weise können positive Feedbacks die Verhaltensweisen von Mitarbeitern verstärkt werden, negative Feedbacks wiederum dienen der Vorbereitung eventuell notwendiger Interventionen (Vgl. Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales 2002).

Im letzten Schritt werden basierend auf den Ergebnissen und deren Interpretation Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet und weitere Vorgehensweisen geplant, wobei jede Maßnahme auf etwaige Wechselwirkungen geprüft werden sollte.

Abb. 3: Stärken - Schwächen – Profil



Quelle: Vgl. Thill (1999: 105f).

Das Stärken-Schwächen-Profil (Abb. 3) ist eine Analyseform, welche dazu dient, die aus Fragestellungen entnommenen Zufriedenheitsgrade eines Leistungsmerkmals und deren Gewichtung grafisch darzustellen.

Die eingekreisten Zahlen sollen beispielhaft mögliche Antworten der Probanden auf vorher gestellte Fragen darstellen. Bei der fünften Frage zeigt sich ein hoher Zufriedenheits- und Wichtigkeitswert, folglich handelt es sich um eine Kernstärke des Krankenhauses, welche möglichst weiter ausgebaut werden sollte. Die Kern-Schwächen, resultierend aus der Kombination hoher Wichtigkeit und geringer Zufriedenheit, gelten als besonders handlungsrelevant. Null-Stärken (7, 8) bzw. Null-Schwächen (2, 4) hätten für den Einfluss auf den Erfolg des Krankenhauses keine Bedeutung, weil die Wichtigkeit nur gering ausgeprägt ist. Null-Schwächen sollten folglich erst in nachgeordneter Priorität beseitigt werden mit dem Ziel, die Gesamtzufriedenheit zu erhöhen.

3.2. Entwicklungsschritte in Bezug auf die niedergelassenen Ärzte

Im vorhergehenden Abschnitt wurde bereits ausführlich der Prozess der Kundenzufriedenheitsanalyse mit Blick auf die Patienten beleuchtet. An dieser Stelle sollen ergänzend die Entwicklungsschritte hinsichtlich der niedergelassenen einweisenden Ärzte dargelegt werden. Dabei sind die oben angeführten neun Teilschritte analog anzuwenden, wobei lediglich aufgrund der neuen Zielgruppe an einigen Stellen modifizierte Überlegungen angestellt werden müssen.

Als erstes erfolgt die Festlegung der Zielgruppe und Analyseziele. Es stellt sich die Frage, welche Ärztegruppen in die Analyse mit einbezogen werden sollen. Es ist denkbar, die Ärzte nach den jeweiligen Fachabteilungen zu unterscheiden. Eine andere Möglichkeit wäre die einweisenden Ärzte nach jeweils hoher, mittlerer und niedriger Zuweisungsquantität zu differenzieren.

Bei den Fragestellungen gilt es die Themenbereiche festzulegen. Fragen könnten möglicherweise auf das Leistungsangebot, die Patientenbetreuung, den Einweiseentscheidungsgrund, die Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus, usw. zielen (Vgl. Thill 1999: 174ff).

Die methodische Vorgehensweise gestaltet sich bei der Ermittlung der Zufriedenheit der niedergelassenen einweisenden Ärzte schwieriger als bei der Patientenzufriedenheit. Aufgrund der Tatsache, dass der einweisende Arzt nicht vor Ort im Krankenhaus anzutreffen ist, ergeben sich hinsichtlich der Messinstrumente der Zufriedenheit Einschränkungen.

Bei der Abwicklung in Form von Fragebögen besteht nicht die Möglichkeit, die Unterlagen in direktem Austausch mit dem zu Befragenden zu überreichen. Hier ist entweder eine schriftliche oder telefonische Durchführung nötig (Vgl. Thill 1999: 173). Bei postalischen Zusendungen erweist sich die Rückfragemöglichkeit bezüglich der Verständlichkeit von Fragen als schwierig. Hinzu kommt, dass die Rücklaufquote aus dem eben genannten Grund und wegen fehlender Motivation eingedämmt wird. Hingegen kann bei telefonischen Befragungen direkt versucht werden, Unklarheiten und mangelndes Interesse zu beseitigen.

Entsprechend der Zufriedenheitsmessung mittels Fragebögen bleibt auch bei der Critical Incident Technique und der Beschwerdeanalyse aus pragmatischen Gründen der persönliche Weg eher nur theoretisch bestehen. Denn eine persönliche Einladung zum Interview würde allein schon der zeitliche Rahmen nicht zulassen, ganz zu schweigen von den dabei entstehenden Kosten. Stattdessen muss hier eine schriftliche oder telefonische Abwicklung erfolgen.

Anschließend anzustellende Überlegungen betreffen die Gestaltung des Fragebogendesigns und die damit verbundenen Projektparameter, vorausgesetzt man entscheidet sich vorher für diese Art des Entscheidungsinstruments. Diese Vorgehensweise entspricht dem dritten und vierten Schritt der Patien-

tenzufriedenheitsanalyse, nur dass hier als Zielgruppe die Ärzte zu berücksichtigen sind.

Wichtig ist auch hier, dass die Zielsetzung deutlich zum Ausdruck kommt, damit die Auskunftsbereitschaft möglichst hoch ist. Die Zufriedenheitsanalyse könnte beispielsweise darauf abzielen, die einweisenden Ärzte an das Krankenhaus zu binden oder aber die Zahl der Zuweisungen noch zu erhöhen.

Das Durchführen von Pretests und damit verbundene Optimierungen, bis hin zur eigentlichen Durchführung und anschließenden Auswertung sowie Interpretation der Ergebnisse, ist analog zu den Einzelschritten der Patientenzufriedenheit anzuwenden.

Bei der Kommunikation der Ergebnisse ist es neben der krankenhausinternen Mitteilung von Bedeutung, die niedergelassenen einweisenden Ärzte zu informieren. Durch das Feedback in Gestalt einer schriftlichen Kurzzusammenfassung der Ergebnisse oder einer Informationsgestaltung würde die Bereitschaft für zukünftige Auskünfte steigen (Vgl. Thill 1999: 174). Auf diese Art und Weise ist für den Arzt erkennbar, dass das Krankenhaus bemüht ist, die Kooperation zu verbessern.

4. Möglichkeiten und Grenzen zur Messung von Kundenzufriedenheit

In den vorherigen Abschnitten wurde bereits deutlich, dass in Krankenhäusern die Notwendigkeit zur Kundenzufriedenheitsmessung besteht. Des Weiteren wurden die Entwicklungsschritte zur Kundenzufriedenheitsanalyse ausführlich beschrieben. An dieser Stelle sollen im Einzelnen die Messinstrumente und ihre Grenzen vorgestellt werden.

Grundsätzlich lassen sich zwei Verfahren zur Kundenzufriedenheitsmessung unterscheiden. Zum einen kann die Zufriedenheit über objektive und zum anderen über subjektive Messansätze erfasst werden.

Die Zufriedenheit mittels objektiver Verfahren wird anhand von objektiven Indikatoren gemessen. Die objektiven Indikatoren weisen eine hohe Korrelation zur Kundenzufriedenheit auf und stellen eine beobachtbare Größe (Kennzahlen) dar. Sie unterliegen nicht dem Einfluss subjektiver Wahrnehmungen. Die Anwendung dieses Verfahrenstyps gestaltet sich jedoch schwierig, weil sich die Größen, wie beispielsweise der Marktanteil, nicht ausschließlich auf die Zufriedenheit zurückführen lässt. Hier spielen andere Faktoren, wie allgemeine Wirtschaftslage oder Konkurrenzverhalten, eine bedeutende Rolle (Vgl. Schneider 2002). Denkbar wäre das Einsetzen von Warentest-Untersuchungen. Auf diese Art und Weise könnte versucht werden, zum Teil intersubjektiv nachprüfbar Kriterien aus Kundensicht zu beurteilen (Vgl. Bruhn 2001: 88).

Aufgrund der Tatsache, dass sich die Durchführung von objektiven Verfahren sehr schwierig gestaltet, liegt der Schwerpunkt auf den subjektiven Instrumenten.

Bei subjektiven Messmethoden steht indessen die Qualitätswahrnehmung einer Leistung aus der Sicht einzelner Kunden im Mittelpunkt. Diese Methodengruppe lässt sich weiter unterteilen in merkmalsorientierte, ereignisorientierte und problemorientierte Messansätze (Vgl. Bruhn 2001: 90).

Den merkmalsorientierten Verfahren wird unterstellt, dass sich die Gesamtzufriedenheit der Kunden aus der Bewertung der einzelnen Leistungselemente zusammensetzt. Am häufigsten werden diese Bewertungen aus Kundensicht anhand von Kundenbefragungen erhoben. Zu dieser Gruppe von Messansätzen gehört u. a. das multiattributive Verfahren (Vgl. Bruhn 2001: 91).

Bei problemorientierten Messansätzen „werden aus Kundensicht qualitätsrelevante Problemfelder im Rahmen der Leistungserstellung betrachtet.“ Ein dieser Gruppe zuzuordnendes Messinstrument ist die Beschwerdeanalyse (Vgl. Bruhn 2001: 122).

Ereignisorientierte Methoden basieren hingegen auf der Annahme, dass der Kunde aus der Vielzahl von Situationen während des Leistungsprozesses bestimmte Schlüsselerlebnisse als besonders qualitätsrelevant wahrnimmt. Dabei steht der Kontakt zwischen Kunden und Mitarbeitern im Vordergrund. Die sogenannten Kontaktpunkte, in denen sich der Kunde ein Bild von der Qualität der Leistung macht, werden auch als „Augenblicke der Wahrheit“ bezeichnet. Ereignisorientierte Messverfahren sind beispielsweise die Sequentielle Ereignismethode und die Critical Incident Technique (Vgl. Gorschlüter 1999: 178).

In den anschließenden Abschnitten erfolgt eine ausführliche Beschreibung der speziellen Methodiken mit ihren Vor- und Nachteilen. Sie lassen sich theoretisch sowohl für Patienten- als auch für Ärztebelange einsetzen.

Als generelles Problem bei Messungen der Patientenzufriedenheit hat sich das unterschiedliche Anspruchsniveau der Patienten erwiesen. Befunde von Patientenbefragungen aus den 90er Jahren haben durchgängig ergeben, dass ältere Patienten zufriedener mit verschiedenen Krankenhausleistungen sind als jüngere. Zudem wurde auch ein Zusammenhang zwischen Schulbildung und Zufriedenheit nachgewiesen. So sind im Durchschnitt Patienten mit niedrigerer Schulbildung zufriedener als Patienten mit höherer Schulbildung. Zudem hat die bewirkte Verbesserung des Gesundheitszustandes Einfluss auf die Patientenzufriedenheit. Folglich muss bei Vergleichen der Patientenzufriedenheit zwischen Abteilungen, Krankenhäusern oder generellen Folgerhebungen sichergestellt werden, dass sich die Patienten hinsichtlich des Alters, der Schulbildung und der Verbesserung des Gesundheitsstandes nicht unterscheiden (Vgl. Hopp 2002: 631ff).

4.1. Multiattributive Verfahren - Zufriedenheitsbefragung

Aus dem Kreis der merkmalsorientierten Ansätze sollen die multiattributiven Verfahren vorgestellt werden. Multiattributive Messverfahren ermitteln die

Qualität als Summe einer Vielzahl (multi) bewerteter Qualitätsmerkmale (Attribute). Sie lassen sich grundsätzlich nach einstellungs- und zufriedenheitsorientierte Messungen differenzieren (Vgl. Bruhn 2001: 91f).

Die einstellungsorientierte Qualitätsmessung basiert auf der Annahme, dass die Qualitätsbeurteilung aus einer erlernten, relativ dauerhaften, positiven oder negativen inneren Haltung gegenüber dem Dienstleistungsunternehmen (Krankenhaus) resultiert. Folglich ergibt sich die Qualitätsbeurteilung aus Kundensicht als Ergebnis eines Lernprozesses, wobei sowohl eigene Erfahrungen als auch indirekte Erfahrungen (Kommunikation mit anderen Kunden) berücksichtigt werden (Vgl. Bruhn 2001: 92).

Demgegenüber baut die zufriedenheitsorientierte Qualitätsmessung auf dem sogenannten Disconfirmation Paradigma (s. Abb. 1) auf. Hier erfolgt die Qualitätsbeurteilung aufgrund der Abweichung von erwarteter und wahrgenommener Dienstleistungsqualität. Demzufolge knüpft die zufriedenheitsorientierte Qualitätsmessung, konkreter als die einstellungsorientierte, an einer direkt erlebten Begegnung zwischen Dienstleistungsanbieter und Nachfrager an (Vgl. Bruhn 2001: 92).

Darüber hinaus lässt sich das multiattributive Verfahren in direkte (Einkomponenten-) Ansätze und indirekte (Zweikomponenten-) Ansätze differenzieren. Bei der ersteren Möglichkeit wird lediglich der Eindruck des jeweiligen Qualitätskriteriums ohne Gewichtung abgefragt. Beim indirekten (Zweikomponenten-) Ansatz wird auch die Beurteilung der Wichtigkeit des entsprechenden Qualitätsmerkmals berücksichtigt.

Zufriedenheitsbefragungen sind eine Form der multiattributiven Verfahren und werden am häufigsten in Krankenhäusern eingesetzt.

Als durchaus positiv zu bewerten ist diese Art von Verfahren deshalb, weil sie aufgrund ihres quantitativen Charakters numerische Daten liefern, die in der Regel leicht auswertbar und vermittelbar sind. Zudem sind die Ergebnisse entsprechend ihrer Stichprobe repräsentativ. In Abhängigkeit der jeweils gewählten Erhebungsart ist die Durchführung zumeist relativ kostengünstig. Denn bei telefonischen Befragungen oder beim Zuschicken der Unterlagen würden noch zusätzliche Kosten in Form von Porto- und Telefongebühren entstehen. Nicht zuletzt sind sie in der Lage, reliable und valide Ergebnisse zu liefern.

Jedoch bergen diese Verfahren auch erhebliche Nachteile in sich. Es besteht die Gefahr der Unvollständigkeit, weil die Themenbereiche vorgegeben werden und somit bleibt oftmals nur begrenzt Freiraum für eigene Antwortmöglichkeiten. Die Ergebnisse sind damit sehr stark vom Fragebogenaufbau und Befragungsform abhängig und schließlich nicht ausreichend detailliert genug. Hinzu kommt, dass diese Methodik eine eigene Datenerhebung erforderlich macht (Vgl. O. V. 2002a). Die schriftliche Zufriedenheitsbefragung mittels Fragebogen findet ihre Grenzen auch dahingehend, dass es möglicherweise

den Befragten an Motivation mangelt. Denn entgegen der mündlichen Befragung, auf die zum späteren Zeitpunkt eingegangen werden soll, fehlt es der schriftlichen Befragung an einem Interviewer, der die Teilnehmer zur Beantwortung der Fragen bewegen kann. Hinzu kommt, dass sich bei einigen Probanden, trotz vorheriger Pretests, Unverständnis in Bezug auf die Fragen einstellen kann. Im Gegenzug ist ein mögliches Missverständnis seitens der Personen, die für die Auswertung der Fragebögen zuständig sind, denkbar. Zudem fällt der Informationsgehalt hier eher gering aus, weil durch die Standardisierung der Fragebögen nur wenig Freiraum für eigene Antwortmöglichkeiten bleibt.

4.2. Beschwerdeanalyse

Die Beschwerdeanalyse ist ein problemorientiertes Messinstrument, das dazu dient, Extremerlebnisse der Kunden auszuwerten. Beschwerden spiegeln grundsätzlich eine subjektive Unzufriedenheit mit den Leistungen des Dienstleisters wider (Vgl. Bruhn 2001: 126).

Es handelt sich bei den Beschwerden um besonders wertvolle Informationen in Hinblick auf die Aktualität und Relevanz von Problemen, weil sie auf Initiative der Patienten beruhen (Vgl. Gorschlüter 1999: 179). Jedoch ist diese Initiative nicht besonders stark ausgeprägt. „Erfahrungsgemäß beschweren sich nur 10 % der unzufriedenen Krankenhauspatienten“ (Thill 1999: 154f). Diese Tatsache stellt ganz klar ein Problem dar, denn eine geringe Beschwerdequote bedeutet nicht notwendigerweise, dass die Patienten zufrieden sind. Sind Patienten unzufrieden, so bieten sich ihnen zwei Möglichkeiten: entweder sie äußern sich dazu, oder sie entfernen sich wortlos. Der überwiegende Teil der Patienten entscheidet sich für die letztere Variante. Gründe hierfür könnten sein, dass bei geäußelter Kritik Repressalien durch das Personal befürchtet werden oder die Erfolgswahrscheinlichkeit einer Beschwerde als eher gering eingeschätzt wird.

Aufgabe des Beschwerdemanagements ist es, mögliche Unzufriedenheiten schnell zu entdecken, weil sonst dem Krankenhaus viele wichtige Informationen entgehen. Außerdem besteht die Gefahr, dass sich die Patienten einen anderen Weg suchen, um ihren negativen Erfahrungen Ausdruck zu verleihen, beispielsweise den der negativen Mundpropaganda oder Abwanderung (Vgl. Bruhn 2001: 127f). Gleiches gilt für die niedergelassenen Ärzte, welche bei fehlender Kooperationsbereitschaft andere Krankenhäuser für zukünftige Einweisungen in Betracht ziehen können.

Wichtig ist, dass dem Beschwerdeführer verschiedene Alternativen geboten werden, sich zu beschweren. Denkbar ist es, die Beschwerden persönlich-mündlich, telefonisch oder schriftlich entgegenzunehmen. Grundvoraussetzung hierfür ist, dass die Beschwerdewege in geeigneter Form kommuniziert

werden, damit der nicht zufriedene Patient dem Krankenhaus die Beschwerde unterbreiten kann.

„Ziel des Beschwerdemanagements ist es, die Kundenzufriedenheit wiederherzustellen und damit die negativen Auswirkungen von Kundenzufriedenheit auf das Unternehmen zu senken“ (Kamiske/Brauer 1999: 26). Beschwerden enthalten Hinweise auf vorhandene Schwächen, die als Verbesserungspotenzial genutzt werden sollen. Jedoch ist nicht davon auszugehen, dass die Meldungen über fehlerhafte Dienstleistungsprozesse die tatsächlich relevanten Problembereiche vollständig erfassen. Wie bereits oben erwähnt, werden nicht alle mit Mängeln ausgeführten Dienstleistungen publik gemacht und nicht jede geäußerte Kritik darf als repräsentativ für das Meinungsbild der Patienten betrachtet werden (Vgl. Bruhn 2001: 127).

Neben dem negativen Aspekt der fehlenden Repräsentativität der Kunden soll nicht unerwähnt bleiben, dass dieses Verfahren keiner zusätzlichen Datenerhebung bedarf. Somit können die Kunden zu jedem Zeitpunkt ihrem Befinden Ausdruck verleihen.

4.3. Sequentielle Ereignismethode

Eine weitere Möglichkeit zur Messung der Kundenzufriedenheit ist die Sequentielle Ereignismethode. Hier werden ereignisorientierte Messansätze zu Grunde gelegt, welche in ihrer Methodik den prozessualen Charakter des Leistungserstellungsprozesses berücksichtigen. Sie werden zur Beurteilung des Prozesses aus Sicht der Kunden herangezogen (Vgl. Bruhn 2001: 112).

Bei der Sequentiellen Ereignismethode wird der Dienstleistungsprozess in mehrere Teilschritte zerlegt. Alle Handlungen werden anhand eines sogenannten „Blueprints“ dargestellt. Diese graphische Darstellung dient als Grundlage und spiegelt den Kontaktverlauf zwischen Anbieter und Nachfrager einer Dienstleistung in einer konkreten Situation wider. In Gestalt persönlicher Interviews, unter Hinzuziehung offener Fragen, werden die Kunden gebeten, ihre Eindrücke von Kundenkontaktsituationen zu schildern. Anhand dieses „Nacherlebens“ soll eine detaillierte Beschreibung der Augenblicke der Wahrheit erfolgen (Vgl. Bruhn 2001: 113).

4.4. Critical Incident Technique

Neben der Sequentiellen Ereignismethode bietet sich zur Messung der Kundenzufriedenheit die mündliche Befragung mittels der Methode der kritischen Ereignisse an. Hier werden ebenfalls ereignisorientierte Messansätze zu Grunde gelegt.

Bei diesem Messinstrument wird nach dem üblichen Erleben einer Dienstleistung gefragt, mit dem Ziel Schlüsselereignisse aufzudecken. Unter Schlüsselereignissen sind solche Begebenheiten zu verstehen, die von den Kunden

als besonders positiv oder negativ empfunden werden. Gerade diese „besonderen“ Vorfälle sind es, die den Kunden im Gedächtnis bleiben. Oder aber sie kommen ihnen immer wieder dann in Erinnerung, wenn in Gesprächen im persönlichen Umfeld von dem jeweiligen Dienstleistungsunternehmen, hier konkret den Krankenhäusern, die Rede ist. Mit Hilfe standardisierter offener Fragen wird versucht, die Kunden an bestimmte Vorfälle zu erinnern.

Der teilstandardisierte Fragebogen erlaubt mehr freiformulierte Aussagen der Befragten, und somit ist der Informationsgehalt pro Interview höher, als bei schriftlichen Befragungen, wo weitgehend ein standardisierter Fragebogen zu Grunde liegt. Anschließend erfolgt die Erfassung und Auswertung jener Ereignisse. Auf diese Art und Weise erhält das Krankenhaus ein differenziertes Bild über mögliche Problemursachen innerhalb des Dienstleistungsprozesses.

Entgegen den merkmalsgestützten Methoden beruhen ereignisorientierte Messverfahren auf dem Konzept der episodischen Informationsverarbeitung. Das bedeutet, dass „die zufriedenheitsbildenden Erfahrungen mit erhaltenen Leistungen nicht kontextgebunden als Merkmale erlebt und gespeichert, sondern kontextgebunden mit räumlichem und zeitlichem Bezug als Ereignis wahrgenommen werden“ (Kirn/Kümmerling 1998). Damit wird dem Prozesscharakter des Dienstleistungskonsums, welcher bei den merkmalsorientierten Verfahren weitgehend unberücksichtigt bleibt, Rechnung getragen.

Vorteile ereignisorientierter Verfahren liegen darin, dass sie gegenüber merkmalsorientierten Methoden wesentlich tiefere Einblicke in die Gedanken der Probanden gewähren. Somit ist es möglich, dass nahezu alle für den Kunden wichtigen Merkmale in ihrer Existenz und Bedeutung erfasst werden. Des Weiteren sind die geäußerten Zufriedenheitsaussagen sehr konkret, so dass daraus direkt Verbesserungen abgeleitet werden können.

Ereignisorientierte Methoden sind durch einen stark qualitativen Charakter gekennzeichnet, d. h. die Verfahren zur Erhebung der Daten sind entweder nur teil- bzw. nicht standardisiert. Dementsprechend ergeben sich auch einige nicht von der Hand zu weisende Nachteile. Zum einen sind diese Verfahren äußerst kostenintensiv, weil geschultes Personal zur Durchführung benötigt wird. Zum anderen ergeben sich bei der Auswertung der Daten aufgrund der geringen Standardisierung manche Schwierigkeiten, deshalb sind sowohl die Sequentielle Ereignismethode als auch die Critical Incident Technique sehr zeitintensiv. Hinzu kommt, dass die Aussagen der Kunden erheblich durch den Interviewer beeinflusst werden. Angesichts der kleinen Stichprobe sind diese Verfahren nicht repräsentativ (Vgl. O. V. 2002a).

4.5. Stiftung Warentest

In den vorherigen Abschnitten wurde bereits deutlich, dass es bei den subjektiven Messansätzen mehrere mehr oder weniger geeignete Möglichkeiten gibt,

Kundenzufriedenheit in einem Krankenhaus zu messen. Jedoch soll der objektive Messansatz in dieser Betrachtung nicht ganz außen vor bleiben. Es wurde bereits im Vorfeld deutlich gemacht, dass sich diese Verfahrensart nicht ganz unproblematisch gestaltet. Um allerdings mehr Transparenz im Gesundheitswesen zu erlangen, wäre es durchaus überlegenswert, ob durch Warentest-Untersuchungen von Krankenhäusern nicht ein neutraler Überblick über die verschiedenen Dienstleistungsqualitäten gegeben werden könnte? Die einweisenden Ärzte und zukünftigen Patienten könnten sich bereits vorab über die in Frage kommenden Krankenhäuser informieren und somit nicht ihren Ansprüchen entsprechenden Krankenhäuser ausschließen. Folglich könnte ein gewisses Grundmaß an Zufriedenheit dahingehend gesichert werden, als dass nur positiv abschneidende Krankenhäuser in Anspruch genommen werden.

In jedem Falle würde die objektive Analyse durch die enorme Anzahl menschlicher Interaktionen bei den Dienstleistungsprozessen erschwert werden. Somit wäre auch hier das Bild nicht hundertprozentig repräsentativ bzw. objektiv (Vgl. Bruhn 2001: 90). Nicht zuletzt angesichts des immensen Erhebungsaufwands verbunden mit den Kosten lässt sich dieses Verfahren nur schwierig realisieren. Am Rande soll noch erwähnt werden, dass die Problematik bezüglich der Auswahl der zu untersuchenden Krankenhäuser die Repräsentativität ebenfalls schmälern würde.

5. Zusammenfassung

Diese Hausarbeit macht deutlich, dass aufgrund des immer stärker werdenden Wettbewerbs im Bereich der Gesundheitsversorgung die Messung von Kundenzufriedenheit in Krankenhäusern durchaus notwendig ist. Der Überblick über die verschiedenen Möglichkeiten zur Messung der Kundenzufriedenheit zeigt, dass jede der genannten Methoden sowohl Stärken als auch Schwächen aufweist. Daher ist es kaum möglich, ein Verfahren zu deklarieren, welches am besten geeignet ist. Vielmehr kommt es darauf an, für jede spezifische Situation eine optimale Kombination der Methoden zu finden. Denn je nach Zielstellung kann die Kundenzufriedenheitsmessung auf unterschiedliche Art und Weise erfolgen.

Aus meiner persönlichen Sicht heraus würde ich die schriftliche Zufriedenheitsbefragung als die günstigste Variante ansehen. Sie scheint einerseits am kostengünstigsten realisierbar zu sein und andererseits wird auf diese Art und Weise die größte Zielgruppe anonym angesprochen. Eventuelle telefonische Nichterreichbarkeit kann hier von vornherein ausgeschlossen werden. Auch die Tatsache, dass die niedergelassenen Ärzte nicht vor Ort im Krankenhaus erreichbar sind, spricht für das Instrument der schriftlichen Zufriedenheitsbefragung.

Insbesondere bei den Patienten gilt es zu berücksichtigen, dass ihnen „als medizinische Laien häufig die nötige Konsumentensouveränität, also die ge-

wohnte Vergleichsmöglichkeit und Marktransparenz fehlen“ (Herrmann/Klockow/Naunin/Standke 2001: 1044). Nichtsdestotrotz sind die Auskünfte der Patienten und auch die der niedergelassenen einweisenden Ärzte mit Blick auf eine kundenorientierte Gesundheitsversorgung von großer Bedeutung.

Die Mitarbeiterzufriedenheit ist in den bisherigen Betrachtungen außen vor geblieben. An dieser Stelle soll erwähnt werden, dass Kundenzufriedenheit nur dann dauerhaft sichergestellt werden kann, wenn die Mitarbeiter zufrieden sind. „Denn nur wenn die Mitarbeiter mit ihrer Arbeit zufrieden sind, dann sind sie auch bereit und in der Lage, sich mit Problemen anderer, nämlich der Kunden, auseinanderzusetzen“ (Töpfer 1996: 61). Folglich sollten bei der Ermittlung der Zufriedenheit nicht nur die externen Kunden, Patienten und niedergelassene einweisende Ärzte, sondern auch interne Kunden, also die angestellten Mitarbeiter des Krankenhauses, mit berücksichtigt werden.

Zentrales Ziel einer jeden Kundenzufriedenheitsmessung ist die Erarbeitung und Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen zur Erhöhung der Kundenzufriedenheit und letztendlich die Kundenbindung (Vgl. O. V. 2002a). Demnach ist bei Vorlage der Ergebnisse der Kundenzufriedenheitsanalyse nicht der Schlusspunkt anzusetzen, sondern der Beginn für kundenorientierte Verbesserungsmaßnahmen zu sehen.

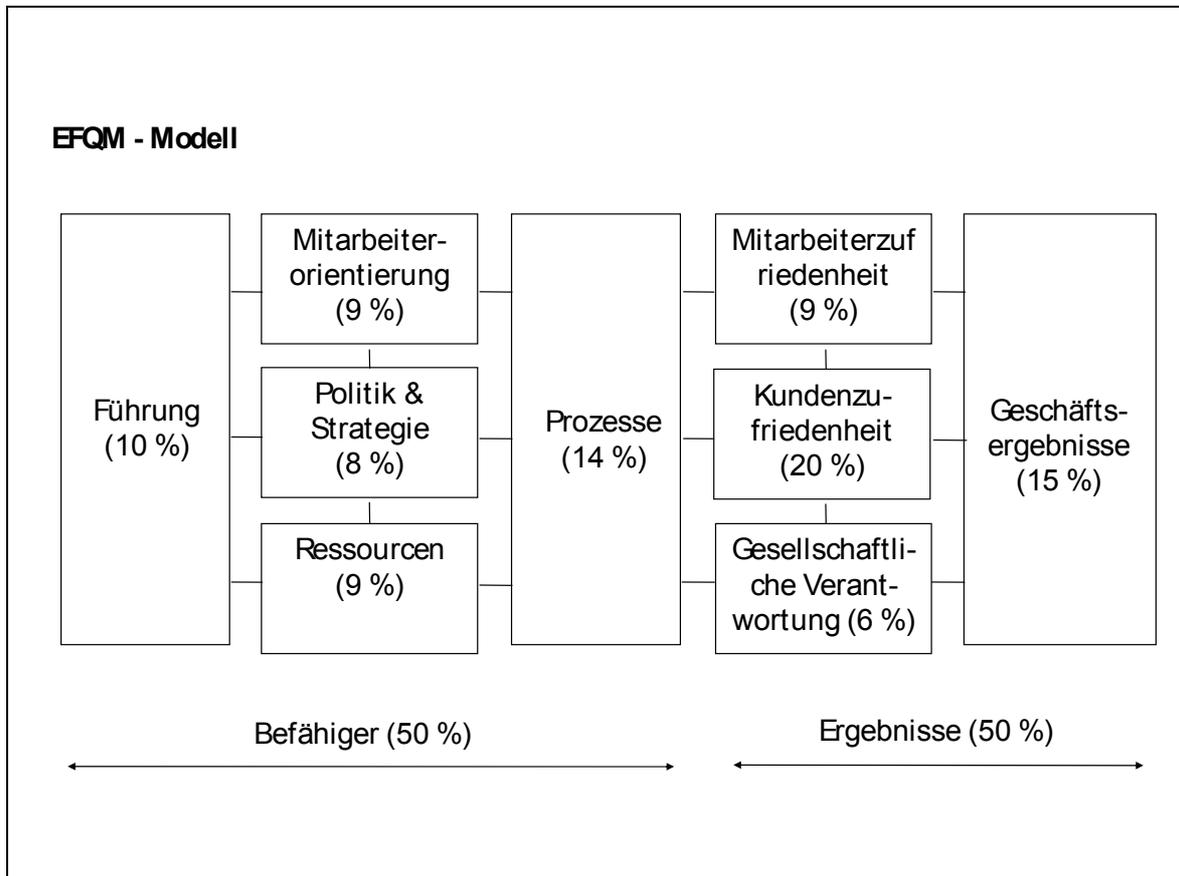
Literaturverzeichnis

- Brüggink, C.** (1999): Wie zufrieden sind ihre Patienten wirklich? Die schriftliche Patientenbefragung als Instrument zur Qualitätssicherung in einem Krankenhaus. Eine Beispielstudie in Theorie und Praxis, Marburg 1999.
- Bruhn, Manfred** (2001): Qualitätsmanagement für Dienstleistungen, 3. Auflage, Berlin/Heidelberg/New York/Barcelona/Hongkong/London/Mailand/Paris/Tokio 2001.
- Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales** (2002): Leitfaden Patientenorientierung, unter: <http://www.patienten-information.de/patientenorientierung.pdf>, abgerufen am 28.11.2002.
- Gorschlüter, Petra** (1999): Das Krankenhaus der Zukunft, Integriertes Qualitätsmanagement zur Verbesserung von Effektivität und Effizienz, Stuttgart/Berlin/Köln 1999.
- Herrmann, Joachim/Klockow, Monika/Naunin, Martti/Standke, Hans-Joachim** (2001): Patienten sind auch Kunden, in: Qualitätsmanagement und Zuverlässigkeit, 46. Jg., München 2001, S. 1044-1046.
- Homburg, C. /Rudolph, B.** (1995): Perspektiven zur Kundenzufriedenheit, in: **Simon, Herman/Homburg, Christian**: Kundenzufriedenheit, Konzepte- Methoden-Erfahrungen, Wiesbaden 1995, S. 31-42.
- Hopp, Frank-Peter** (2002): Patientenbefragung, Zufriedenheit ist relativ, in: Krankenhausumschau, 71. Jg., Kulmbach 2002, S. 631-634.
- Kamiske, Gerd F./Brauer, Jörg-Peter** (1999): Qualitätsmanagement von A-Z: Erläuterungen moderner Begriffe des Qualitätsmanagements, 3. Auflage, München/Wien 1999.
- Kamiske, Gerd F./Umbreit, Gunnar** (2001): Qualitätsmanagement: Eine multimediale Einführung, München/Wien 2001.
- Kirn, Stefan/Kümmerling, Ulrike** (1998): Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und niedergelassenen Ärzten: Ein prozessorientierter Ansatz zur Ermittlung der Zufriedenheit aus Sicht der Krankenhausärzte, der niedergelassenen Ärzte und Patienten, 1998, unter: http://www.wirtschaft.tuilmeneau.de/deutsch/institute/wi/wi2/Arbeitsberichte/AB13Zusammenarbeit_KH-Arzt.pdf, abgerufen am 07.11.2002.
- O. V.** (2002a): unter [http://www.dienstleistungsmanagement-competence-center.de/-dienstleitung.nsf/BB2B9026345F7AC5C1256B9E00452B06/\\$File/kundenzufriedenheit.pdf](http://www.dienstleistungsmanagement-competence-center.de/-dienstleitung.nsf/BB2B9026345F7AC5C1256B9E00452B06/$File/kundenzufriedenheit.pdf), abgerufen am 02.12.2002.
- O. V.** (2002b): unter http://www.cqa.de/pdf/Kurzvortrag-QM_im_Gesundheitswesen.pdf, abgerufen am 07.11.2002.
- Schild, Astrid/Maurer, Sabine** (2002): Befragungen zur Patientenzufriedenheit, unter: <http://www.medizinfo.com/quamed/html/abstrcta2html>, abgerufen am 07.11.2002.
- Schneider, Christoph** (2002): Kundenzufriedenheitsmessung, unter http://www.unipotsdam.de/u/ls_marketing/download/lehre/mafoprak/pdf/10_schneider.pdf, abgerufen am 03.12.2002.
- Stauss, Bernd** (2002): Patientenzufriedenheit als Qualitätsindikator?, Eichstätt 2002, unter <http://www.caq.uni-bonn.de/PDF/02Staus1.pdf>, abgerufen am 07.11.2002.

- Thill**, Klaus-Dieter (1999): Kundenorientierung und Dienstleistungsmarketing für Krankenhäuser: Theoretische Grundlagen und Fallbeispiele, Stuttgart/Berlin/Köln 1999.
- Töpfer**, Armin (1996): Kundenzufriedenheit messen und steigern, Neuwied/Kriftel/Berlin 1996.

IV. Anlage

Abb. 3: EFQM – Modell



Quelle: Vgl. Töpfer (1996: 65).

Das EFQM - Modell strukturiert die Bewertungskriterien, nach denen der European Quality Award vergeben wird. Das Modell basiert auf der ganzheitlichen Sichtweise (total quality management) eines Unternehmens oder einer Einrichtung. Es stellt in neun sogenannten Befähiger- und Ergebniskriterien Fragen an das Management des Unternehmens. Die gegenwärtigen oder zukünftig erzielbaren Ergebnisse sind abhängig von den Befähigerkriterien, also von den Vorgehensweisen, die das Unternehmen befähigen gut zu sein bzw. zu werden. Nennenswert ist dieses EFQM- Modell im Zusammenhang mit der Messung von Kundenzufriedenheit in einem Krankenhaus gerade deshalb, weil die Priorität des Modells bei der Kundenzufriedenheit liegt. Es wird hier nämlich die höchste Punktzahl (20 % = 200 Punkte) vergeben (Vgl. O. V. 2002b).

Autorenangaben

Melanie Pippig
c/o Fachbereich Wirtschaft
Hochschule Wismar
Philipp-Müller-Straße
Postfach 12 10
D – 23966 Wismar
Fax: ++49 / (0)3841 / 753 131

WDP - Wismarer Diskussionspapiere / Wismar Discussion Papers

- Heft 01/2003 Jost W. Kramer: Fortschrittsfähigkeit gefragt: Haben die Kreditgenossenschaften als Genossenschaften eine Zukunft?
- Heft 02/2003 Julia Neumann-Szyszka: Einsatzmöglichkeiten der Balanced Scorecard in mittelständischen (Fertigungs-)Unternehmen
- Heft 03/2003 Melanie Pippig: Möglichkeiten und Grenzen der Messung von Kundenzufriedenheit in einem Krankenhaus