

Nicht empfohlener Qualitätsindikator Nr.2

# Zufriedenheit der Patient\*innen mit ihrem Aufenthalt im Akutspital

Am Beispiel der Erfassung durch den Verein ANQ

**Der Indikator hat zum Ziel, eine allgemeine Zufriedenheit mit einem Spitalaufenthalt als Surrogat für die Behandlungsqualität abzubilden.**

- Zähler** Anzahl einer Antwortkategorie  
**Nenner** Anzahl aller Personen, die den Fragebogen retourniert haben  
**Intervall** Alle Personen, die nach einer Hospitalisation in einem definierten Messmonat (z. B. Juni 2021 und April 2021) entlassen wurden.

## Beschrieb

Die Zufriedenheit der Patient\*innen ist ein wichtiges Ziel im hart umkämpften Gesundheitsmarkt. Es wird angenommen, dass Patientenzufriedenheit mit Qualität der Behandlung korreliert und somit die Patientenzufriedenheit ein Surrogatmarker für Qualität ist [1]. Der Verein ANQ erfasst national seit 2016 alle zwei Jahre mit einem ANQ-Kurzfragebogen mit sechs Fragen und einer Antwortskala von 1 bis 5 die Patientenzufriedenheit [2, 3]:

1. Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärzt\*innen und Pflegefachpersonen)?
2. Hatten Sie die Möglichkeit, Fragen zu stellen?
3. Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?
4. Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?
5. Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?
6. Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthaltes?

## Analyse und Kritikpunkte am Indikator (gemäss MacLean CH, NEJM 2018)

Domäne	Bedeutung	Einschätzung	Begründung
1	<b>Wichtigkeit:</b> Der Einsatz des Indikators wird zu einer messbaren und bedeutsamen Verbesserung klinischer Endpunkte führen (grosser Impact, Performance Gap)	Nein	Die retrospektive Erfassung der Zufriedenheit wird mit Behandlungsqualität gleichgestellt. Dies ist nicht zulässig. Zudem werden die Konzepte der Patientenzufriedenheit (satisfaction) und Patientenerleben (experience) kombiniert und nicht unterschieden.

Domäne	Bedeutung	Einschätzung	Begründung
2	<b>Angemessene Behandlung:</b> Vermeiden von Über- und Untergebrauch	Nein	Studien zeigen, dass zufriedene Patienten mehr Leistungen in Anspruch nehmen [4, 5], hingegen aber mehr Leistungen nicht mit einem besseren Outcome korrelieren [5].
3	<b>Qualitativ hochstehende klinische Evidenz</b>	Nein	Gemäss einer systematischen Literaturanalyse ist die positive Patientenerfahrung gemäss NHS Framework und nicht die Patientenzufriedenheit mit einem gesundheitsfördernden Verhalten korreliert [7].
4	<b>Validität und Reliabilität</b>	Nein	Die Definition von «Behandlungsqualität» ist unklar. Die ANQ Messung erfolgt während zwei Messmonaten (z. B. Juni 2021 und April 2022). Alle Personen, die während dieser Zeit entlassen wurden, erhalten den Fragebogen. Die Rücklaufquote beträgt zwischen 30 % und 45%. Die unvollständige Erfassung und die tiefe Rücklaufquote sind anfällig auf Verzerrungen. Die statistische Korrektur mit administrativen Daten berücksichtigt wichtige Variablen nicht.
5	<b>Anwendbarkeit:</b> Kann von Ärzten beeinflusst werden, ist anwendbar (Klarheit, Aufwand)	Nein	Die Definition der Behandlungsqualität und weitere Punkte, die erfragt werden, sind zu wenig klar definiert, um die klinische Praxis zu beeinflussen.

## Literatur

1. Glickman SW, *Patient satisfaction and its relationship with clinical quality and inpatient mortality in acute myocardial infarction*. Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2010
2. ANQ, <https://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messinformation-akutsomatik/patientenzufriedenheit-akutsomatik/>
3. Köhn S, *ANQ-Zufriedenheitsmessungen in der Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation: Forschungsstudie zur wissenschaftlichen Testung des neuen ANQ Kurzfragebogens Patientenzufriedenheit*. Abschlussbericht Teil 1 und 2, 2018
4. Zgierska A, *Patient satisfaction, prescription drug abuse, and potential unintended consequences*. JAMA. 2012
5. Biondi EA, *J hosp medicine* 2016. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/jhm.2621>
6. Fenton JJ, *The cost of satisfaction: a national study of patient satisfaction, health care utilization, expenditures, and mortality*. Arch Intern Med. 2012
7. Doyle C, *A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness*. BMJ open 2012. <https://bmjopen.bmj.com/content/3/1/e001570>

## Schlussfolgerung

Die Qualitätskommission schlussfolgerte aufgrund der oben genannten Punkte, dass der aktuell verwendete Indikator nicht geeignet ist, um die klinische Praxis zu monitorisieren und einen PDCA-Zyklus zu stimulieren. Die detaillierte Analyse findet sich im Anhang.

### Beurteilungskriterien

- Ausrichtung an validierte Leitlinien und Standards
- Qualitätsdarlegung auf Indikatoren basiert
- Fremdevaluation
- Patientenorientierung (Patient Reported Outcome)
- Benchmarking
- Mehrere Perspektiven berücksichtigen
- Peer-review
- PDCA-Zyklus
- Aussagen zu Ergebnisqualität

## ANHANG

### Zufriedenheit der Patient\*innen mit ihrem Aufenthalt im Akutspital

#### Beschrieb

Die Zufriedenheit der Patient\*innen ist ein wichtiges Ziel im hart umkämpften Gesundheitsmarkt. Es wird angenommen, dass Patientenzufriedenheit mit Qualität der Behandlung korreliert und somit die Patientenzufriedenheit ein Surrogatmarker für Qualität ist [1]. Der Verein ANQ erfasst national seit 2016 alle zwei Jahre mit einem ANQ-Kurzfragebogen mit sechs Fragen und einer Antwortskala von 1 bis 5 die Patientenzufriedenheit [2]:

1. Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Arzt\*innen und Pflegefachpersonen)?
2. Hatten Sie die Möglichkeit, Fragen zu stellen?
3. Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?
4. Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?
5. Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?
6. Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthaltes?

Eine Überprüfung der durch den ANQ erhobenen Fragen durch Forscher der Charité-Universitätsmedizin Berlin 2018 zeigte auf, dass signifikante Confounder die Antworten beeinflussen, für die adjustiert werden sollten: Alter, die Eintrittsart (Notfall vs. geplant), der Aufenthaltsort nach Austritt (zu Hause vs. anderer Ort) und der subjektive Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der Entlassung. Die überprüften Fragen wurden insgesamt als geeignet beurteilt und der Gebrauch eines Gesamtscores empfohlen [3]. Der Fragebogen wird häufig mit einem spitaleigenen Fragebogen gekoppelt.

#### Überprüfung und Umsetzung im Praxisalltag

Die Fragebogen werden von den Patient\*innen beim Austritt abgegeben und retrospektiv ausgef llt. Die Rücklaufquote beträgt zwischen 30% und 45%. Methodisch ist eine retrospektive Erfassung der Zufriedenheit sowie eine tiefe Rücklaufquote anfällig für Verzerrungen. Eine Korrelation mit der Behandlungsqualität abzuleiten ist nicht gerechtfertigt, da es sich bei der Patientenzufriedenheit, der Patientenerfahrung und der Behandlungsqualität um eigene Konstrukte mit verschiedenen Dimensionen handelt.

Im Englischen wird zwischen patient satisfaction (Patientenzufriedenheit) und patient experience (Patientenerfahrung) unterschieden.

Die Patientenzufriedenheit ist ein Sammelbegriff für einen Gem tzenszustand der Patient\*in, der die Zufriedenheit oder Unzufriedenheit aus allen Leistungen (medizinisch, pflegerisch und Hotellerie) während eines Aufenthaltes in einer medizinischen Institution widerspiegelt, wahrnimmt und mit denen die Patient\*in zufrieden oder unzufrieden ist. Die Patientenzufriedenheit ist nicht mit der «Erfahrung» der Patient\*in gleichzusetzen.

Die Patientenerfahrung umfasst gemäss Definition des NHS Patient Experience Frameworks die folgenden Dimensionen: Achtung der Patientenw rde und -autonomie, Koordination der Versorgung, bedarfs- und kognitionsgerechte Kommunikation, Komfortschaffung, Einbezug von Bezugspersonen,  bertrittsplanung und niederschwelliger Zugang. Diese Dimensionen können durchaus der Qualität eines Arzt-Patienten-Kontaktes zugeordnet werden, sind aber nicht Synonyme für Behandlungsqualität. Wichtig ist, dass die genannten Dimensionen schwierig allgemeingültig zu bewerten sind, da individuelle persönliche und kulturelle Einflüsse/Normen zu unterschiedlichen Bewertungen derselben Erfahrungssituationen führen können. Beispiel: Kommunikation. Die Aufnahme von Augenkontakt im Gespräch kann von einem Individuum als Massstab für eine offene Gesprächsführung empfunden werden, von einem anderen Individuum als unh fliches Bedr ngen. Messungen können letztlich lediglich das individuelle «Empfinden» einer Patient\*in abfragen, keinen objektiven Ist-Zustand.

Behandlungsqualität: Häufig verwendetes Konstrukt beinhaltet die drei Dimensionen Struktur-, Prozess- und Outcomequalit t. Bewertet wird das Anstreben resp. Erreichen von Zielvorgaben, welche bestenfalls auf Evidenz, aber wenigstens auf empirischer Dokumentation, beruhen.

In der vom ANQ verwendeten Methode werden diese Konzepte gemischt. Die «Behandlungsqualität» wird mit einer Frage zur Patientenzufriedenheit (Item 1 des Fragebogens («Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung»)) und Fragen zum Patientenerleben (Item 2–5) zusammengesetzt. Weiter erfolgt eine unzureichende Adjustierung für bekannte Einflussfaktoren, damit Institutionen verglichen werden können. Es wird lediglich für die Variablen Alter, Geschlecht, Interaktion Alter, Geschlecht, Aufenthaltsort nach Austritt und subjektiver Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der Befragung adjustiert. Weitere wichtige Faktoren wie die Eintrittsmodalit t (Notfall vs. elektiv), Schweregrad der Erkrankung, die Multimorbidität sowie der sozioökonomische Status und damit stark korrelierend, die Gesundheitskompetenz (Health literacy) der Patient\*in werden ausser Acht gelassen.

### **Kritik**

Die oben genannten Punkte resultieren in konzeptuellen Fehlern, weswegen der Indikator nicht verwertbar ist. Der ANQ formuliert eine willkürliche Definition der Ziele der medizinischen Versorgung Zitat: «Erstens ist die Patientenzufriedenheit ein Ziel der medizinischen Versorgung und Behandlung und wird so zur Qualitätskomponente. Sie ist ein möglicher Indikator für die Qualität des Versorgungsprozesses». Es existieren verschiedene anerkannte Definitionen für das Ziel der medizinischen Versorgung, die

aber alle als übergeordnetes Ziel der medizinischen Versorgung und Behandlung die möglichst vollständige Wiederherstellung/den Erhalt physischer und psychischer Funktionen der Patient\*innen nennen.

Ein zufriedener Patient\*in ist dabei ein (hoffentlich) logischer Nebeneffekt, aber nicht der Indikator, dass das Ziel erreicht wurde. Weiter wird «die Patientenzufriedenheit als Bestandteil der Gesundheit und der gesundheitsfördernden Wirkung angesehen, (...) die somit das Verhalten lenken kann». Es wird angenommen, dass zufriedene Patient\*innen sich eher an empfohlene Massnahmen halten und damit das eigene Gesundheitsverhalten und die Inanspruchnahme der Einrichtungen beeinflussen. Ein kausaler Zusammenhang zwischen Patientenzufriedenheit und positivem Gesundheitsverhalten ist höchst spekulativ. Studien zeigen, dass zufriedene Patient\*innen mehr Leistungen in Anspruch nehmen [4, 5] und mehr Leistungen nicht mit einem besseren Outcome korrelieren [5]. Gemäss einer systematischen Literaturanalyse ist die positive Patientenerfahrung gemäss NHS Framework und nicht die Patientenzufriedenheit mit einem gesundheitsfördernden Verhalten korreliert [7]. Weiter ist auch ein postulierter kausaler positiver Effekt auf die Adhärenz nicht bewiesen. So gehört die Patientenzufriedenheit nicht zu den Kernkomponenten des Shared decision Modells [8], sondern ist als eine Folge einer erfolgreichen Interaktion zwischen Anbietern und Patienten zu verstehen. Hingegen gibt es gute Evidenz, dass Feedback von Patienten zu einer Verbesserung der Patientenzentrierten Behandlung führt [9].

### **Fazit**

Um die Behandlungsqualität zu verbessern, ist die Patientenzufriedenheit kein geeigneter Indikator. Die Patientenzufriedenheit kann nicht mit der Behandlungsqualität gleichgesetzt werden und die Definition der Begriffe ist zu unscharf, um daraus Massnahmen abzuleiten. Patientenerfahrungen (patient experience) können hingegen wichtige Hinweise für Verbesserungsbedarf geben und künftige Indikatoren sollten spezifische Domänen erfassen. Die Messmethodik erfasst nicht alle Patient\*innen und die Adjustierung für wichtige Einflussfaktoren ist ungenügend, damit verschiedene Spitäler verglichen werden könnten (unzulässiges Benchmarking, «Vergleich von Äpfeln mit Birnen»).

### **Literatur**

1. Glickman SW, *Patient satisfaction and its relationship with clinical quality and inpatient mortality in acute myocardial infarction*. Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2010; 3(2): 188-195
2. ANQ, <https://www.anq.ch/de/fachbereiche/akutsomatik/messinformation-akutsomatik/patientenzufriedenheit-akutsomatik/>
3. Köhn S, *ANQ-Zufriedenheitsmessungen in der Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation: Forschungsstudie zur wissenschaftlichen Testung des neuen ANQ Kurzfragebogens Patientenzufriedenheit*. Abschlussbericht Teil 1 und 2, 2018
4. Zgierska A, *Patient satisfaction, prescription drug abuse, and potential unintended consequences*. JAMA. 2012
5. Biondi EA, J Hosp Med. 2016. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/jhm.2621>



6. Fenton JJ, *The cost of satisfaction: a national study of patient satisfaction, health care utilization, expenditures, and mortality*. Arch Intern Med. 2012
7. Doyle C, *A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness*. BMJ open 2012. <https://bmjopen.bmj.com/content/3/1/e001570>
8. Bomhof-Roordink H, *Key components of shared decision making models: a systematic review*. BMJ Open 2019, doi:10.1136/bmjopen-2019-031763
9. Wong E, *Patient feedback to improve quality of patient-centred care in public hospitals: a systematic review of the evidence*. BMC Health Services Research 2020