

Aus dem Fachbereich Medizin
der Johann Wolfgang Goethe-Universität
Frankfurt am Main
Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie
Direktor: Prof. Dr. Dr. Kai Zacharowski, FRCA

***Erwartungen der Patienten an das anästhesiologische
Aufklärungsgespräch.***

***Eine Patientenbefragung im Rahmen der Qualitätssicherung am
Universitätsklinikum Frankfurt am Main.***

Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin
des Fachbereichs Medizin
der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am MAain

vorgelegt von Anja Koppe
aus Lutherstadt Wittenberg

Frankfurt am Main, 2009

Aus dem Fachbereich Medizin

der Johann Wolfgang Goethe-Universität

Frankfurt am Main

Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie

Direktor: Prof. Dr. Dr. Kai Zacharowski, FRCA

***Erwartungen der Patienten an das anästhesiologische
Aufklärungsgespräch.***

***Eine Patientenbefragung im Rahmen der Qualitätssicherung am
Universitätsklinikum Frankfurt am Main.***

Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin

des Fachbereichs Medizin

der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main

vorgelegt von Anja Koppe

aus Lutherstadt Wittenberg

Frankfurt am Main, 2009

Dekan: Prof. Dr. J. Pfeilschifter

Referent: PD Dr. C. Byhahn

Korreferent: Prof. Dr. U. Rolle

Tag der mündlichen Prüfung: 2.12.2009

INHALTSVERZEICHNIS

Inhaltsverzeichnis.....	4
Abkürzungsverzeichnis.....	7
Tabellenverzeichnis.....	8
Abbildungsverzeichnis.....	9
1. Einleitung.....	10
1.1. Qualitätsmanagement – gesetzliche Grundlagen und Definitionen.....	11
1.2. Qualitätsmanagement in der KAIS der Universitätsklinik Frankfurt am Main.....	13
1.3. PDCA – Zyklus nach Deming	14
1.4. Definition Dienstleistung.....	16
1.5. Qualitätsmodelle für Dienstleistungen	17
1.5.1. Ganzheitliche Ansätze	17
1.5.2. Prozessorientierte Ansätze	17
1.6. Messung von Dienstleistungsqualität in der Anästhesiologie.....	19
1.7. Patientenbefragungen als Mittel der Qualitätssicherung.....	20
1.8. Ziel der Patientenerwartungsbefragung	21
2. Methodik der Patientenbefragung	22
2.1. Berechnung der Stichprobengröße	22
2.2. Ein- und Ausschlusskriterien der Patientenbefragung.....	24
2.3. Erstellung des Fragebogens.....	25
2.4. Organisatorische Vorbereitung der Patientenbefragung.....	26
2.4.1. Maßnahmen zur Maximierung der Rücklaufquote.....	26
2.4.2. Zentral – OP im Haus 23.....	27
2.4.3. Aussenkliniken.....	28
2.5. Pilotstudie im November 2006.....	30

2.6.	Information der beteiligten Mitarbeitergruppen.....	31
2.7.	Durchführung der Patientenbefragung in den einzelnen Arbeitsbereichen	32
2.8.	Statistische Auswertung der Daten	34
3.	Ergebnisse	35
3.1.	Ergebnisse der Pilotstudie im November 2006	35
3.2.	Patientenbefragung März 2007.....	36
3.2.1.	Rücklauf.....	36
3.2.2.	Verteilung der Ausschlusskriterien bezogen auf die einzelnen Arbeitsbereiche 39	
3.2.3.	Demographische Angaben	40
3.2.4.	Allgemeine Erwartungen und Vorinformationen zur Anästhesie.....	42
3.3.	Ergebnisse der Befragung bezüglich der Erwartungen an das Aufklärungsgespräch 45	
3.3.1.	Erwartungen der Patienten bezüglich des organisatorischen Rahmens des Aufklärungsgesprächs	45
3.3.2.	Ergebnisse der Befragung bzgl. der Erwartungen der Patienten an den Anästhesisten	46
3.3.3.	Erwartungen der Patienten an den Umfang der Anamnese und der körperlichen Untersuchung während des Aufklärungsgesprächs	48
3.3.4.	Erwartungen hinsichtlich der Aufklärung über die Narkoseverfahren.....	49
3.3.5.	Erwartungen der Patienten bezüglich des Umfangs der vermittelten Informationen im Aufklärungsgespräch.....	50
3.4.	Berücksichtigung der Ergebnisse im PDCA - Zyklus.....	52
4.	Diskussion.....	53
4.1.	Rücklauf	53
4.2.	Demographische Angaben	53
4.3.	Allgemeine Erwartungen und Vorinformationen.....	54
4.3.1.	Erwartungen zur Anästhesie	54
4.3.2.	Vorinformationen.....	56

4.4.	Erwartungen an das Aufklärungsgespräch.....	57
4.4.1.	Organisatorische Rahmenbedingungen.....	57
4.4.2.	Erwartungen an den Anästhesisten.....	57
4.4.3.	Erwartungen der Patienten an den Umfang der Anamnese und der körperlichen Untersuchung während des Aufklärungsgesprächs.....	58
4.4.4.	Erwartungen hinsichtlich der Aufklärung über die Narkoseverfahren.....	59
4.5.	Erwartungen der Patienten bezüglich des Umfanges der vermittelten Informationen im Aufklärungsgespräch.....	60
4.6.	Andere publizierte Befragungen.....	61
4.6.1.	Hofer 2004.....	61
4.6.2.	Lonsdale 1991.....	62
4.6.3.	Farnill 1994.....	64
4.6.4.	Kain 1997.....	64
4.6.5.	Bugge 1998.....	65
4.7.	Fazit/ Rückschlüsse für die Uniklinik Frankfurt.....	67
5.	Zusammenfassung.....	68
6.	Abstract.....	70
7.	Literaturverzeichnis.....	72
8.	Anhang.....	77
8.1.	Musterfragebogen.....	77
8.2.	Anschreiben an Klinikleitung/Pflegedienstleitung.....	79
8.3.	Anschreiben zur Information der Mitarbeiter.....	80
8.4.	Dokumentation der Rücklaufquote.....	81
8.5.	Dokumentation des Rücklaufs im Zentral – OP Haus 23.....	82
8.6.	Aushang Poster Prämedikationsambulanz.....	83
9.	Schriftliche Erklärung.....	84

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ASA	American Society of Anesthesiologists
AK	Ausschlusskriterium
DIN	Deutsches Institut für Normung
EN	Europäische Norm
ISO	Internationale Organisation für Normung
ESWL	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie
KAIS	Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie
KVP	Kontinuierlicher Verbesserungsprozess
Prämed	Prämedikations-, in Zusammensetzung
QM	Qualitätsmanagement
QMB	Qualitätsmanagementbeauftragter
QMS	Qualitätsmanagementsystem
RL	Rücklauf
SGB	Sozialgesetzbuch
Vornarkosen RM	Rückenmarksnahe Anästhesien
Vornarkosen PNB	periphere Nervenblockaden

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 2-1 Anteil der einzelnen Arbeitsbereiche.....	23
Tabelle 3-1 Verteilung der Fragebögen nach Arbeitsbereichen	38
Tabelle 3-2 Häufigkeit (absolut) der einzelnen Ausschlusskriterien nach Fachabteilungen ...	39
Tabelle 3-3 demographische Angaben der befragten Patienten.....	40
Tabelle 3-4 Vorerfahrungen der Patienten mit Anästhesien.....	41
Tabelle 3-5 Korrelation hinsichtlich der Angst – Einschätzung.....	43
Tabelle 3-6 Korrelation der demographischen Parameter und der Angst vor der Anästhesie, der OP und den postoperativen Schmerzen	43
Tabelle 3-7 Korrelation des Informationsverhaltens und ausgewählter demographischer Faktoren	44
Tabelle 3-8 Korrelation zwischen Erwartungen an den Anästhesisten/an das Aufklärungsgespräch und ausgewählten demographische Faktoren bzw. allgemeinen Erwartungshaltungen der Patienten	47
Tabelle 3-9 Korrelation hinsichtlich des Informationsbedürfnisses und ausgewählter Erwartungshaltungen	51

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1-1 PDCA-Zyklus nach Deming.....	14
Abbildung 1-2 Gap-Modell nach Parasuraman, Zeithaml und Berry.....	18
Abbildung 1-3 Gap – Modell modifiziert nach Parasuraman, Zeithaml und Berry.....	19
Abbildung 2-1 Durchführung der Befragung.....	33
Abbildung 3-1 Rekrutierung der befragten Patienten	37
Abbildung 3-2 Allgemeine Erwartungen bzgl. der Angst vor der Anästhesie, der OP und vor postoperativen Schmerzen	42
Abbildung 3-3 Angaben zum Informationsverhalten der Patienten vor dem Aufklärungsgespräch	44
Abbildung 3-4 Erwartungen der Patienten bezüglich des organisatorischen Rahmens des Aufklärungsgesprächs	45
Abbildung 3-5 Erwartungen und Ansprüche der Patienten an den Anästhesisten	46
Abbildung 3-6 Angaben bzgl. des gewünschten Umfangs der Anamnese und der körperlichen Untersuchung.....	48
Abbildung 3-7 Angaben der Patienten bzgl. der Aufklärung über die Narkoseverfahren.....	49
Abbildung 3-8 Angaben der Patienten zum Umfang der vermittelten Informationen im Aufklärungsgespräch	50

1. EINLEITUNG

Die Rolle der Anästhesie im Rahmen der Patientenversorgung entspricht – im Gegensatz zu chirurgischen Fachdisziplinen – der Rolle eines Dienstleistungserbringers, da sie zu den nicht-bettenführenden Abteilungen gehört. Aufgrund des kurzzeitigen Patientenkontaktes erlebt der Patient¹ diese Disziplin ebenfalls als Dienstleister. [14, 24, 28, 34]

Im Gegensatz zu anderen nicht-bettenführenden Abteilungen, wie z.B. der Radiologie, nehmen die Patienten einen Großteil der erbrachten Dienstleistung im Idealfall aber nicht oder nur unzureichend wahr, wodurch eine Evaluation der erbrachten Leistung im Sinne des Qualitätsmanagements deutlich erschwert wird.

Vor diesem Hintergrund bietet sich als eine der wenigen Möglichkeiten der Kundenorientierung das Prämedikationsgespräch an. Da hier eine konkrete Darstellung des Faches und der Abteilung Anästhesie gegenüber dem Patienten stattfindet und dieser auf die folgende Dienstleistung vorbereitet wird, sollte diesem Bereich eine besonders hohe Priorität zugeordnet werden.

Häufig werden im Rahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung Zufriedenheitserhebungen nach abgeschlossener Dienstleistung durchgeführt [13, 19, 24, 50, 53]. Ein Problem besteht jedoch bei der Auswertung von abweichenden Werten, da durch eine Zufriedenheitserhebung zwar der Anteil unzufriedener Patienten herausgefiltert wird, dies aber selten Rückschluss auf die konkreten Gründe erlaubt.

Im Dienstleistungsmanagement gibt es mit dem Gap – Modell [43, 56] neue Ansätze zur Erhebung der Dienstleistungsqualität. Auf dieser Basis soll eine Patientenerwartungsbefragung durchgeführt werden, deren Ergebnisse anschließend im Rahmen des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses in einen PDCA – Zyklus [8] einfließen und Verbesserungsmaßnahmen aufzeigen sollen.

¹ Aus Gründen der Übersicht und der erleichterten Lesbarkeit werden in dieser Dissertation alle verwandten Personen- und Berufsbezeichnungen in der männlichen Form aufgeführt, auch wenn damit gleichwertig beide Geschlechter gemeint sind.

1.1. QUALITÄTSMANAGEMENT – GESETZLICHE GRUNDLAGEN UND DEFINITIONEN

Im Rahmen des Gesundheitsreformgesetzes aus dem Jahr 2000 wurde mit §135 SGB V [5] und §137 SGB V [6, 7] jedes nach §108 SGB V zugelassene Krankenhaus dazu verpflichtet, interne Qualitätssicherungsmaßnahmen einzuführen und diese zu unterhalten.

Dies beinhaltet die Fertigstellung eines internen Qualitätsberichts erstmals im Jahr 2005. Dieser wird in regelmäßigen Abständen aktualisiert und von den Krankenkassen bewertet. Im Falle der Verweigerung seitens des Krankenhauses dieser Forderung nachzukommen, drohen nach §137 SGB V Vergütungsabschläge, die aufgrund der angespannten finanziellen Situation der Krankenhäuser existentielle Konsequenzen nach sich ziehen würden. Somit wurde ein starker Stimulus zur Einführung eines Qualitätsmanagement-Systems gesetzt, dem die betroffenen Krankenhäuser nahezu vollständig folgten. [1, 23, 27]

Die weiteren Rahmenbedingungen wurden jedoch nur unpräzise abgesteckt, so dass es den einzelnen Häusern unter anderem überlassen blieb, auf welchem Modell oder QM-System sie ihre Qualitätssicherungsmaßnahmen aufbauen. [26]

Die folgenden Definitionen aus dem Bereich der Qualitätssicherung [4] sind für die zugrunde liegende Dissertation essentiell:

Qualität definiert sich als „Grad, in dem ein Satz inhärenter Merkmale Anforderungen erfüllt. Wobei mit inhärent „einer Einheit innewohnend“, im Sinne eines ständigen Merkmals, gemeint ist. Die Qualität gibt damit an, in welchem Maße ein Produkt (Ware oder Dienstleistung) den bestehenden Anforderungen entspricht.

Qualitätsmanagement bezeichnet aufeinander abgestimmte Tätigkeiten zum Leiten oder Lenken einer Organisation bezüglich Qualität die üblicherweise das Festlegen der Qualitätspolitik und der Qualitätsziele, die Qualitätsplanung, die Qualitätslenkung, die Qualitätssicherung und die Qualitätsverbesserung umfassen. Qualitätsmanagement umfasst demgemäß alle Aspekte im Rahmen der Unternehmensführung, die im Zusammenhang stehen mit der von der obersten Leitungsebene formulierten, grundlegenden Einstellung sowie den Absichten, Zielsetzungen und Maßnahmen in Bezug auf die Erreichung und Verbesserung von Qualität. Dabei sind vielfältige Einflussmöglichkeiten zu berücksichtigen, insbesondere Aspekte der Wirtschaftlichkeit, der Gesetzgebung, der Arbeitssicherheit, des Gesundheitsschutzes und der Umwelt. Hinzu kommen die Wünsche und Anforderungen der Kunden. Die Unternehmensleitung trägt eine nicht delegierbare Verantwortung für das Qualitätsmanagement und muss darüber hinaus auch aktiv für die konsequente Umsetzung auf allen Hierarchieebenen sorgen.

Qualitätsmanagementsystem: Managementsystem zum Leiten und Lenken einer Organisation bezüglich Qualität, d.h. die zur Verwirklichung des Qualitätsmanagements erforderliche Organisationsstruktur, Verfahren, Prozesse und Mittel.

Qualitätssicherung: In der aktuellen Terminologie wird Qualitätssicherung – gemäß der wörtlichen Übersetzung – als „Qualitätszusicherung“ verstanden. Hierunter sind Aktivitäten zu verstehen, die bei Kunden und Partnern im Gesundheitswesen Vertrauen schaffen, dass eine Organisation alle festgelegten, üblicherweise vorausgesetzten und verpflichtenden Erfordernisse und Erwartungen erfüllt

Für die darüber hinaus gehende Terminologie wird auf das Glossar Qualitätssicherung der Bundesärztekammer sowie die DIN EN ISO 8402 und DIN EN ISO 9000 verwiesen. [4, 9, 10]

1.2. QUALITÄTSMANAGEMENT IN DER KAIS DER UNIVERSITÄTSKLINIK FRANKFURT AM MAIN

Am 01.04.2004 wurde am Uniklinikum Frankfurt die Stabsstelle Qualitätsmanagement gegründet, die einzelne Kliniken und Funktionsbereiche bei der Einführung eines QM-Systems unterstützt. Aufgrund der dezentralen Organisation und Profitcenter-Struktur wurde als Regelwerk für QM-Systeme das der DIN EN ISO 9001:2000 festgesetzt.

Nachdem zunächst kleinere Funktionseinheiten mit der Implementierung begannen, fiel in der KAIS als größter Abteilung des Klinikums im Jahr 2005 der Startschuss für die Implementierung eines Qualitätsmanagementsystems nach DIN EN ISO 9000:2001. Im Juni 2006 [36] erfolgte die erfolgreiche Zertifizierung der Klinik in den Bereichen Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie.

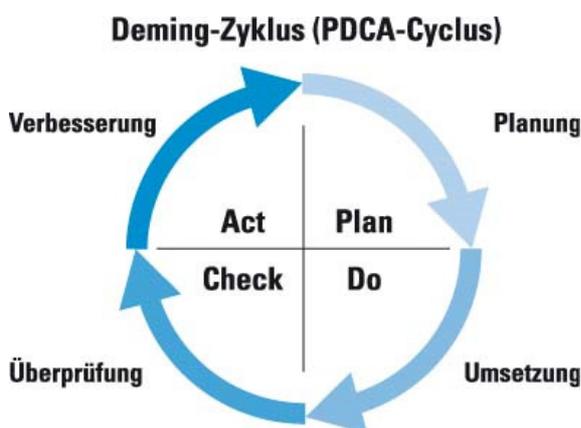
Während viele bettenführende Abteilungen des Klinikums Patientenzufriedenheitsbefragungen durchgeführt haben, wurde in der KAIS für den Funktionsbereich Anästhesie eine Patientenerwartungsbefragung bezüglich des Prämedikationsgespräches angestrebt, die für eine Optimierung des Dienstleistungsprozesses genutzt werden sollte.

1.3. PDCA – ZYKLUS NACH DEMING

Ziel der Patientenerwartungsbefragung der KAIS war die Schaffung einer Informationsgrundlage zur Optimierung des Prämedikationsgespräches im Sinne des im QM-System verankerten Kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (KVP).

Der KVP im Rahmen von QM-Systemen in Unternehmen wurde am prägnantesten von William E. Deming 1986 [8] mit dem sogenannten PDCA-Zyklus bzw. Deming-Zyklus beschrieben. Diese 4-Stufen umfassende Prozessfolge basiert auf dem Modell des Shewhart – Zyklus von 1939 [48].

Der in sich fortlaufende Zyklus kann wie folgt dargestellt werden:



[32]

Abbildung 1-1 PDCA-Zyklus nach Deming

Dabei haben die einzelnen Stufen folgende Bedeutung [4, 45]:

Stufe 1: **Plan** = Bei der Planung von neuen Prozessen oder der Optimierung von bereits bestehenden Abläufen sollten diese Prozesse zuerst analysiert bzw. Verbesserungspotential erkannt werden um anschließend die Umstellung zu konzeptionieren.

Stufe 2: **Do** = Dies umfasst die probeweise Umsetzung des in Stufe 1 erarbeiteten Konzeptes. Der Schwerpunkt liegt hierbei in dem Aspekt des – provisorischen - Austestens der Änderungen in einem separaten, überschaubaren Umfeld mit dem Ziel, die Auswirkungen in Stufe 3 zu überprüfen

Stufe 3: **Check** = Beschreibt die Überprüfung der Auswirkungen der in Stufe 2 durchgeführten Prozessimplementations bzw. Prozessoptimierung. Bei erfolgreicher Änderung des Prozesses in diesem separaten Umfeld sollte eine Änderung im Gesamtprozess angestrebt und freigegeben werden.

Stufe 4: **Act** = Hier erfolgt die Änderung des bisherigen Standards mit der Umsetzung der oben geplanten Optimierungen im Gesamtprozess. Neben der Änderung des Prozessablaufes im QM-Handbuch kann dies unter anderem verschiedene Auswirkungen für das Unternehmen haben, dazu gehören u.a.:

strukturierte Mitarbeiterinformation über die geänderten Abläufe ggf. verbunden mit

- Schulungen/Fortbildungen
- Arbeitsplatzanpassungen mit ggf.
- Anschaffung neuer Arbeitsmittel/Anpassung der technischen Ausstattung
- evtl. Kundeninformation

Die Auswirkungen der Prozessoptimierung werden dann wieder beginnend mit Stufe 1 evaluiert und ggf. angepasst.

1.4. DEFINITION DIENSTLEISTUNG

Nach Parasuraman, Zeithaml und Berry [43, 55, 56] definiert sich eine Dienstleistung als Leistung, die nicht als Produktion eines materiellen Gutes dient und bei der auch nicht der materielle Wert des Endproduktes im Vordergrund steht. Dienstleistungen sind vorwiegend immateriell, können jedoch materielle Bestandteile enthalten.

Dienstleistungen zeichnen sich durch folgende 4 Eigenschaften aus: Sie sind

- nicht greifbar/immateriell
- nicht trennbar hinsichtlich Produktion und Verbrauch
- verschiedenartig, d.h. hohe Variabilität in der Reproduzierbarkeit und in der Ausführung (z. B. durch unterschiedliche Dienstleister)
- vergänglich

Die Güte einer Dienstleistung bezeichnet man entweder als Service-Qualität oder als Dienstleistungsqualität.

1.5. QUALITÄTSMODELLE FÜR DIENSTLEISTUNGEN

Aufgrund der oben aufgeführten Eigenschaften von Dienstleistungen erfordert die Erhebung der Dienstleistungsqualität andere Herangehensweisen als z. B. bei materiellen Gütern.

Hierzu gibt es verschiedene Ansätze:

1.5.1. GANZHEITLICHE ANSÄTZE

Mit der Aufteilung des Begriffes Dienstleistung in die einzelnen Bestandteile Struktur, Prozess und Outcome begründet Donabedian [15, 16] ein neues Qualitätsmodell für medizinische Bereiche.

Neu ist, dass das Augenmerk nicht mehr nur auf dem Ergebnis der Dienstleistung liegt, sondern auch die Strukturen des Unternehmens und der konkrete Prozess zur Erstellung der Dienstleistung berücksichtigt werden.

Auf diesem Konzept aufbauend entwickeln Grönroos 1982 [26] und Meyer/Mattmüller 1987 [41] weitere Modelle zur Qualitätserfassung von Dienstleistungen.

Diese fokussieren das 3teilige Konzept Donabedians weiter auf den Ablauf der Entstehung der Dienstleistung und der Einbeziehung des Kunden in die Qualitätsmodelle.

1.5.2. PROZESSORIENTIERTE ANSÄTZE

Gap – Modell nach Parasuraman/Zeithaml/Berry

Im Gegensatz zu den ganzheitlichen Qualitätsmodellen fokussieren sich Parasuraman, Zeithaml und Berry [43, 56] in ihrem Modell auf die Erwartungshaltung des Nachfragers. In Fokusgruppeninterviews mit Kunden und Dienstleistungsanbietern haben sie 4 Lücken („Gaps“) in dem Entstehungsprozess einer Dienstleistung herausgefiltert, die maßgeblichen Einfluss auf die Wahrnehmung der Dienstleistungsqualität seitens des Kunden haben. Die 4 Gaps sind in Abb. 1-2 dargestellt.

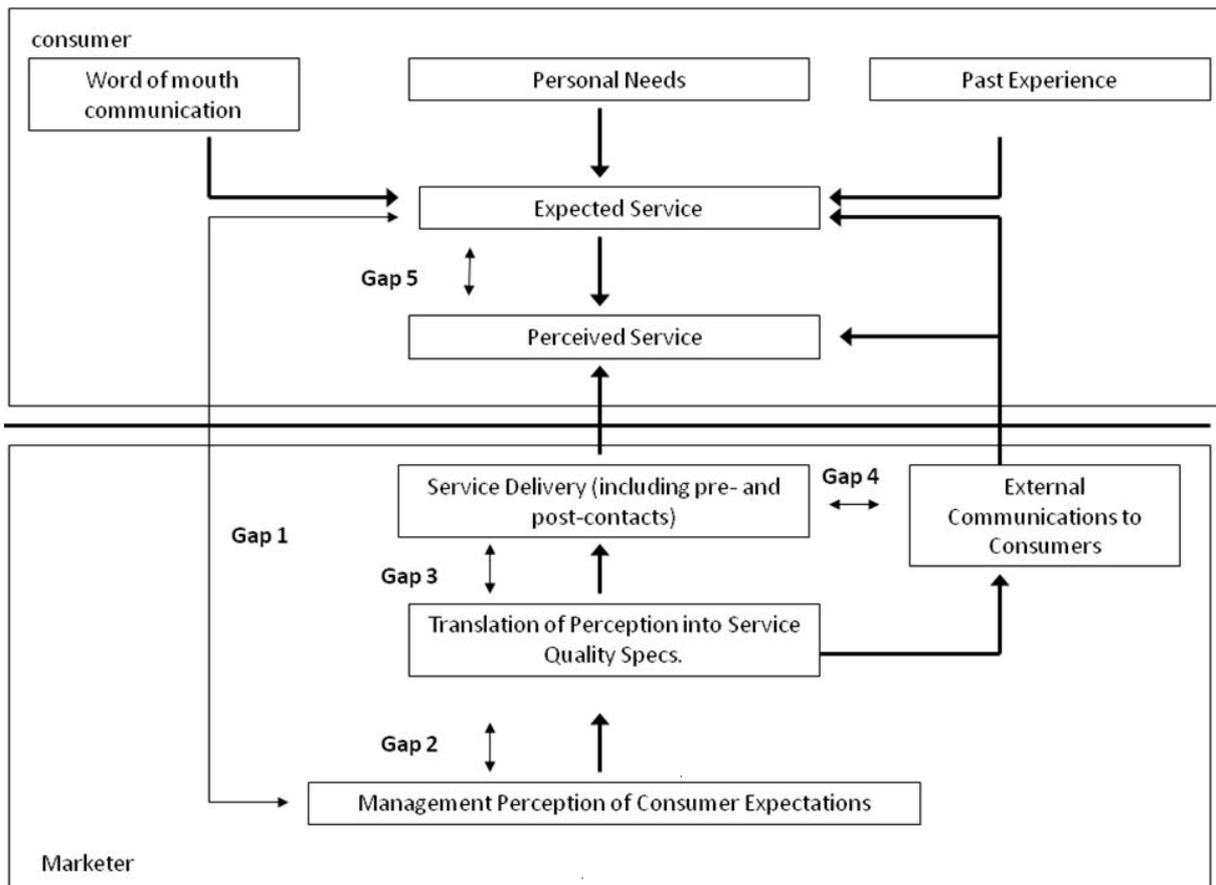


Abbildung 1-2 Gap-Modell nach Parasuraman, Zeithaml und Berry

Gap 1 beschreibt die Diskrepanz zwischen der Erwartung seitens des Kunden und dem, was der Dienstleistungsanbieter als Kundenerwartung wahrnimmt.

Gap 2 stellt die Differenz seitens des Dienstleistungsanbieters bzgl. der Wahrnehmung der Kundenerwartung und der Umsetzung dieser wahrgenommenen Kundenerwartung in den spezifischen Services dar.

Gap 3 zeigt mögliche Schwankungen zwischen der Interpretation der Kundenerwartung hinsichtlich der Planung der Dienstleistung und der konkreten Umsetzung der Dienstleistung.

Gap 4 beschreibt die Diskrepanz zwischen der umgesetzten Dienstleistung und der dem Kunden kommunizierten Dienstleistung.

Als **Gap 5** wird zusammenfassend als die Abweichung von der vom Kunden erwarteten mit der erhaltenen Dienstleistung verstanden.

1.6. MESSUNG VON DIENSTLEISTUNGSQUALITÄT IN DER ANÄSTHESIOLOGIE

Ein spezielles Problem der Anästhesiologie stellt die Tatsache dar, dass ein Großteil der erbrachten Dienstleistung (z. B. eine Allgemeinanästhesie) vom Patienten nicht wahrgenommen wird und somit nur unzureichend beurteilt werden kann. Von daher bezieht sich die Evaluation und die Messung der Dienstleistungsqualität auf die Bereiche, die der Patient auch mit vollem Bewusstsein bewerten kann. Zu diesem gehört vor allem das Prämedikationsgespräch.

Da es sich bei diesem um eine Dienstleistung handelt, kommen auch hier die oben aufgeführten Eigenschaften von Dienstleistungen zum Tragen, so dass zur Erhebung der Dienstleistungsqualität auf das Modell von Parasuraman, Zeithaml und Berry zurückgegriffen werden kann.

In Abb. 1-3 ist das Gap – Modell modifiziert an die Durchführung des Prämed- Gespräches in der Anästhesiologie dargestellt.

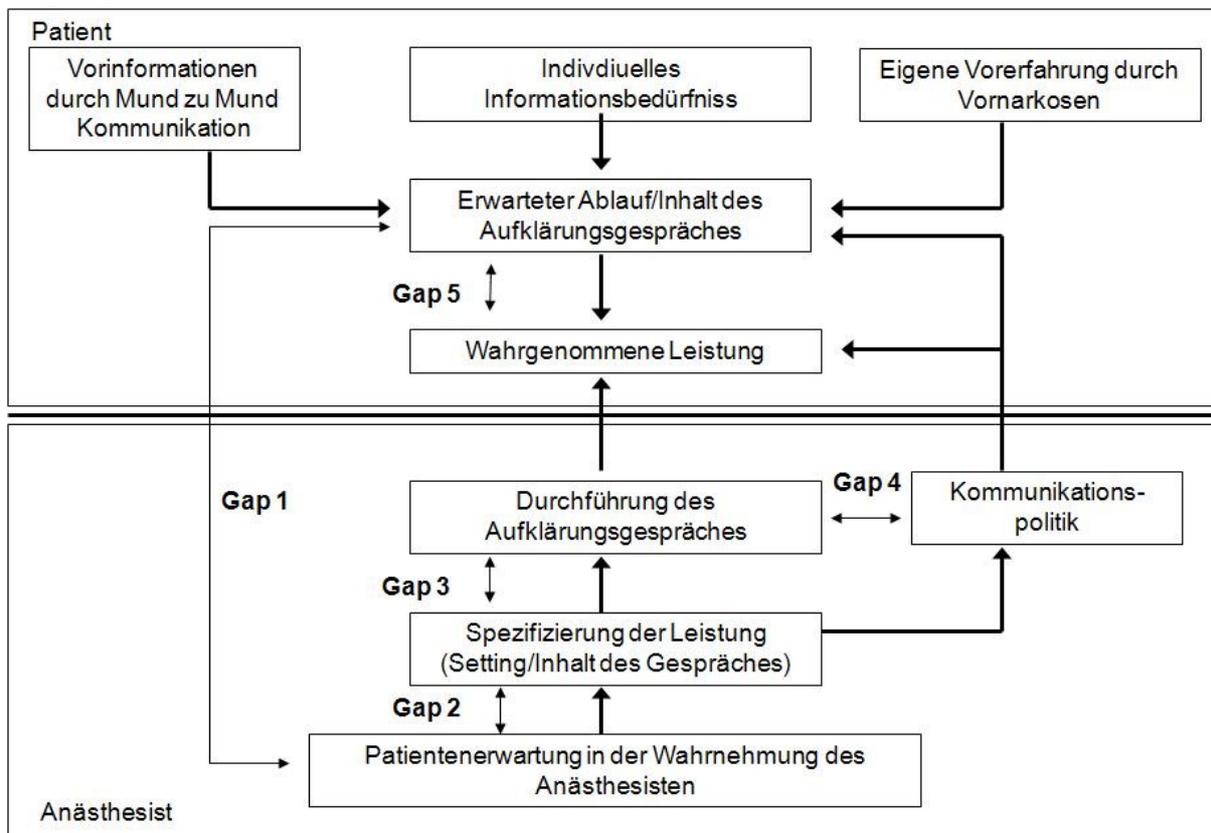


Abbildung 1-3 Gap – Modell modifiziert nach Parasuraman, Zeithaml und Berry

1.7. PATIENTENBEFRAGUNGEN ALS MITTEL DER QUALITÄTSSICHERUNG

Mit der zunehmenden Einbindung der Patienten in den medizinischen Versorgungsprozess müssen natürlich auch die Fragen geklärt werden, welche Erwartungen und Anforderungen Patienten an die Behandlung haben und welche Kriterien die Patientenzufriedenheit beeinflussen. [28, 34, 47, 50]

Die Berücksichtigung dieser Erwartungen und Kriterien wirkt sich nicht nur auf die Patientenzufriedenheit aus, sondern bietet darüber hinaus die Möglichkeit der Evaluation:

1. des Versorgungsprozesses mit Aufdeckung bestehender Mängel,
2. der vorher definierten Qualitätsziele hinsichtlich der Patientenzufriedenheit
3. der Patientencompliance und Analyse der Gründe für Noncompliance.

Daher haben sich in der Medizin Patientenbefragungen als eine Möglichkeit der Qualitätssicherung und -verbesserung etabliert. [22, 34, 40]

Dabei bestimmt das vorher definierte Ziel der Befragung natürlich die Methodik der Durchführung [47].

Im Vorfeld sollten daher folgende Fragen geklärt werden:

1. Welches Patienten Klientel soll befragt werden? Definition der Ein- und Ausschlusskriterien.
2. Wie groß soll die Stichprobe gewählt werden? Ist eine Fallzahlberechnung nötig?
3. In welcher Art soll die Befragung durchgeführt werden?
4. Zu welchem Zeitpunkt soll die Befragung stattfinden, soll die Befragung evtl. wiederholt werden?
5. Wie wird die Befragung konkret organisiert?
6. Genaue Festlegung des Themenkataloges
7. In welcher Art werden die erhobenen Daten ausgewertet, veröffentlicht und umgesetzt?

Um die Repräsentativität dieser Patientenerwartungsbefragung zu erhöhen werden diese Punkte in der Planung und Durchführung der Befragung berücksichtigt.

1.8. ZIEL DER PATIENTENERWARTUNGSBEFRAGUNG

Ziel der vorliegenden Befragung ist es, die Erwartungen der Patienten an die Patientenaufklärung in der Anästhesie zu evaluieren, um ausgehend von der Analyse der Daten die Rahmenbedingungen des Prämedikationsgespräches unter Berücksichtigung der zur Verfügung stehenden Möglichkeiten ggf. zu modifizieren.

Im Vordergrund der Betrachtung stehen Informationen, die im Sinne des Gap-Modells ein Gap 1 aufzeigen.

2. METHODIK DER PATIENTENBEFRAGUNG

2.1. BERECHNUNG DER STICHPROBENGRÖSSE

Die Berechnung der Stichprobengröße wurde durchgeführt um einerseits die Repräsentativität der Ergebnisse zu gewährleisten und um andererseits die Patientenbefragung in einem angemessenen zeitlichen Rahmen umzusetzen.

Grundlage für die Stichprobenberechnung waren die in der KAIS durchgeführten Anästhesien aus dem Jahr 2005. Dabei erfolgte die Berechnung in Rücksprache mit der Abteilung Biomathematik des Fachbereiches Medizin der Universität Frankfurt am Main.

Ausgehend von einer Binomialverteilung der Ergebnisse und einer unbegrenzten Populationsgröße wurde als Grundlage der Fallzahlberechnung folgende Formel gewählt:

$$n = \frac{10000(1 - \pi)z_{1-\alpha}^2}{\pi\varepsilon^2}$$

[39]

z = α -Prozentperzentile der Gaußverteilung

ε = Genauigkeit von π

π = geschätzter Anteil

n = Fallzahl

Die Berechnung ergab, ausgehend von 17302 durchgeführten Anästhesien im Jahr 2005 und einem definierten Signifikanzniveau von $\alpha < 0,05$, eine repräsentative Stichprobengröße von 408 Fragebögen.

Auf Grundlage der beschriebenen Berechnungen wurden unter Berücksichtigung der Ein- und Ausschlusskriterien, für die einzelnen Arbeitsbereiche folgende Quoten ermittelt:

Arbeitsbereich		Abkürzung	Anteil in %	Soll - FB
Zentrum der Chirurgie	Allgemein-, Gefäß-, Endovascularchirurgie	Abdo	10,64%	46
	Thorax-, Herz- und thorakale Gefäßchirurgie	THG	12,61%	54
	Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie	Trauma	13,46%	57
	Urologie (inkl. ESWL)	Uro/ESWL	10,28%	44
	Mund-, Kiefer- und plastische Gesichtschirurgie	ZMK	4,62%	20
Zentrum der Augenheilkunde		ZAU	5,55%	24
Zentrum der Dermatologie und Venerologie		ZDV	0,47%	3
Zentrum der Frauenheilkunde und Geburtshilfe		ZFG	16,15%	68
Zentrum der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde		HNO	10,26%	44
Zentrum für Neurologie und Neurochirurgie		ZNN	11,11%	48
Summe (aufgerundet)			= 95,15%	= 408

Tabelle 2-1 Anteil der einzelnen Arbeitsbereiche

Arbeitsbereiche mit einem repräsentativen Anteil von weniger als 2 Personen in der Stichprobe wurden nicht berücksichtigt.

2.2. EIN- UND AUSSCHLUSSKRITERIEN DER PATIENTENBEFRAGUNG

In die Befragung eingeschlossen wurden alle volljährigen Patienten, die im Zeitraum 19.2.2007 – 09.03.2007 am Universitätsklinikum Frankfurt ein Prämedikationsgespräch für einen elektiven operativen oder elektiven diagnostischen Eingriff mit Beteiligung der KAIS erhalten haben.

Folgende Ausschlusskriterien wurden im Vorfeld festgesetzt:

- Alter < 18 Jahre
- ASA \geq 4 [50]
- ungenügende Deutschkenntnisse
- fehlende Einwilligungs- bzw. Geschäftsfähigkeit
- Anästhesie mit Aufklärungsgespräch innerhalb der letzten 30 Tage
- Vorerkrankungen mit infektiöser Relevanz (z. B. Patienten mit multiresistenten Erregern)
- Prämedikationsvisite vor Austeilung des Fragebogens
- Ablehnung der Teilnahme

2.3. ERSTELLUNG DES FRAGEBOGENS

Der standardisierte Fragebogen wurde in Zusammenarbeit mit den Qualitätsmanagementbeauftragten der Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie des Universitätsklinikums Frankfurt erstellt.

Da Untersuchungen zu Erwartungshaltungen von Patienten bisher weitestgehend fehlen, wurde auf Grundlage des Fragebogens von Hofer et. al. [28] und unter Beachtung der gezielten Fragestellung dieser Patientenbefragung ein neuer Fragebogen entwickelt.

Der neue Fragebogen wurde besonders im Hinblick auf persönliche Bedürfnisse der Patienten erweitert, da diese Informationen zusätzliche Hinweise auf mögliches Verbesserungspotential geben können.

Bei der Erstellung des Fragebogens wurde darauf geachtet, Aussagen zu wählen, die je nach Beantwortung eine Änderung des Aufklärungsgespräches implizieren können.

Der Fragebogen (im Anhang aufgeführt) gliedert sich in die Bereiche:

1. Demographische Angaben
2. Vorerfahrungen bezüglich Anästhesieleistungen
3. Allgemeine Erwartungen und Befürchtungen an die Anästhesie und die Operation
4. Informationsquellen im Vorfeld der Anästhesie
5. Allgemeine Erwartungen an das Aufklärungsgespräch.

Der letzte Teil stellt mit 19 Fragen den Schwerpunkt der Befragung dar.

2.4. ORGANISATORISCHE VORBEREITUNG DER PATIENTENBEFRAGUNG

2.4.1. MAßNAHMEN ZUR MAXIMIERUNG DER RÜCKLAUFQUOTE

Im Oktober 2006 begann die Planung und Vorbereitung der Patientenbefragung. Zur Sicherung des Rücklaufs und der Motivation der beteiligten Patienten und des beteiligten Personals (Anästhesisten, Pflegepersonal) wurde bei der Erstellung des Fragebogens und der Ablaufplanung der Patientenbefragung großer Wert auf ein Ressourcen schonendes Vorgehen gelegt.

Um die Ressourcenschonung zu gewährleisten wurden folgende Kriterien besonders berücksichtigt:

- Beschränkung bei der Auswahl der Fragen (1 DIN A4 Blatt)
- Übersichtliche Gestaltung des Fragebogens
- Integration der Verteilung/Rückgabe der Fragebögen in bestehende Arbeitsroutinen
- Vermeidung zusätzlichen Mehraufwandes für die Mitarbeiter vor Ort
- Zeitnahe und umfassende Vorinformation der ausführenden Mitarbeiter/Kollegen vor Ort, des QM-Lenkungsteams, der Zentrumsleitung und Pflegedienstleitungen
- Unterstützung der Mitarbeiter vor Ort durch regelmäßige Rücksprachen und durchgehende Erreichbarkeit über Dienstfunk während der Regelarbeitszeit.

In diesem Zusammenhang wurde daher die Ausgabe der Fragebögen an die Patienten zusammen mit dem Narkoseaufklärungsbogen geplant, die Rückgabe sollte anschließend an den prämedizierenden Anästhesisten erfolgen.

Aufgrund der dezentralen Organisationsstruktur des Uniklinikums ist die KAIS in einzelne, für sich selbständige Arbeitsbereiche untergliedert.

Um die Ausgabe der Fragebögen effizient gewährleisten zu können, wurde im Vorfeld eine Analyse der Patientenaufnahme bzw. der OP-Planung in diesen Arbeitsbereichen durchgeführt

Abteilungsspezifische Aspekte:

Die Analyse ergab folgende abteilungsspezifischen Befragungsabläufe:

2.4.2. ZENTRAL – OP IM HAUS 23

Im Zentral – OP im Haus 23 finden primär die Operationen der folgenden Kliniken statt:

- Allgemein- und Viszeralchirurgie
- Thorax-, Herz- und thorakale Gefäßchirurgie
- Gefäß- und Endovascularchirurgie
- Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie
- Mund-, Kiefer- und plastische Gesichtschirurgie
- Urologie und Kinderurologie (inkl. ESWL).

Das Prämedikationsgespräch erfolgt entweder in der Prämedikations - Ambulanz (Prämed – Ambulanz) oder wird von den anwesenden Anästhesisten im Anschluss an das OP-Tagesprogramm direkt auf Station durchgeführt.

Der in der Prämedikationsambulanz eingeteilte Arzt wechselt in der Regel wöchentlich, so dass jeden Montag der dort eingeteilte Arzt auf die Befragung hingewiesen wurde. Eine Ausnahme bildet der Ersatz des diensthabenden Arztes im Anschluss an einen Bereitschaftsdienst. Dies wurde jedoch im Vorfeld abgeklärt und mit dem zum Ersatz eingeteilten Anästhesisten erneut abgesprochen.

Eine Sonderstellung nahmen die Patienten ein, die nicht über die Prämed – Ambulanz visitiert werden. Um diesen Patienten die Teilnahme an der Befragung zu ermöglichen, wurden auf dem OP-Plan für den jeweils folgenden Tag nach Rücksprache mit dem zuständigen Oberarzt die bereits visitierten Patienten herausgefiltert, um anschließend die verbleibenden Patienten auf Station vor Eintreffen des prämedizierenden Anästhesisten aufzusuchen und direkt um Teilnahme an der Befragung zu bitten. Diese Fragebögen wurden durch die anschließend prämedizierenden Ärzte eingesammelt, der Abteilung auf dem Briefumschlag vermerkt und während der Mittagsbesprechung übergeben.

Die Überprüfung der Anzahl der vorhandenen Fragebögen/Rücklaufbögen bzw. der Ausschlusskriterien erfolgte während der Mittagsbesprechung, die täglich um 15:45 Uhr abgehalten wird. Dort werden alle an diesem Tag prämedizierten Patienten vorgestellt und auf die evtl. noch zusätzlich zu prämedizierende Patienten hingewiesen. Dies ermöglichte eine abteilungsspezifische Aufschlüsselung über den Rücklauf der Fragebögen bzw. der Ausschlusskriterien.

Eine Ausnahme der Prämedikation im Haus 23 bildete der urologische Außenbereich „ESWL“. Der dortige Anästhesist, der in der Regel im 4-wöchigen Zyklus in diesen Außenbereich rotiert, prämediziert seine Patienten in den Räumen der ESWL einen Tag vor der OP. Auch hier wurden die eingeteilten Ärzte auf die Befragung im Vorfeld hingewiesen

und um Mitarbeit gebeten. Die ausgefüllten Fragebögen und Rücklaufbögen werden nachmittags durch die Doktorandin eingesammelt.

2.4.3. AUSSENKLINIKEN

Zentrum der Augenheilkunde

Im Zentrum der Augenheilkunde erfolgt die Aufnahme der Patienten direkt über die Stationen. Das dortige Pflegepersonal wurde auf die Befragung hingewiesen und um Austeilung der Bögen gebeten. Die Fragebögen wurden vom prämedizierenden Anästhesisten eingesammelt und täglich in der dort stattfindenden Mittagsbesprechung entgegengenommen.

Zentrum für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Hier erfolgt die Koordination der elektiven Operationen über die gynäkologische Ambulanz. Die Austeilung der Fragebögen an die Patienten erfolgte von den Mitarbeitern der stationären Aufnahme. Die eigentliche Prämedikation findet in einem an den OP-Trakt angeschlossenen Raum statt.

Zentrum der Mund – Kiefer – und plastische Gesichtschirurgie sowie

Zentrum der Dermatologie und Venerologie

Patienten mit elektiven Eingriffen werden in der Regel zur Anästhesieaufklärung der Prämedikationsambulanz vorgestellt. In Ausnahmefällen erfolgte für nicht-gehfähige dermatologische Patienten eine Prämedikationsvisite auf Station.

Zentrum der Hals – Nasen – Ohrenheilkunde

Die Ausgabe der Aufklärungsbögen erfolgt hauptsächlich über die Ambulanz, seltener über die Stationen. Beide Bereiche wurden informiert und instruiert.

Ein Besonderheit der HNO – Klinik ist, dass die Patienten diese Bögen im Rahmen eines ambulanten Termins vor der eigentlichen OP-Aufklärung bekommen und die OP – Aufklärung und das nachgelagerte Prämedikationsgespräch häufig erst 1-3 Wochen nach Ausgabe der Bögen stattfindet. Insofern ist hier mit einer gewissen Vorlaufzeit zu rechnen bis die erwartete Rücklaufquote erfüllt werden kann.

Zentrum für Neurologie und Neurochirurgie

Die neurochirurgischen Patienten werden in einem vom eigentlichen Campus separat gelegenen Gebäude auf den Stationen 95-4, 95-6 und 95-7 betreut.

Die Verteilung der Fragebögen an die Patienten erfolgt am präoperativen Aufnahmetag durch das Pflegepersonal der Stationen. Die von den prämedizierenden Anästhesisten eingesammelten Bögen werden täglich nachmittags nach der Prämedikationsbesprechung eingesammelt.

2.5. PILOTSTUDIE IM NOVEMBER 2006

Zur Überprüfung der Umsetzbarkeit der Patientenbefragung und einer möglichen Anpassung des Fragebogens oder des Befragungsablaufes wurde im November 2006 eine Pilotstudie im Zentrum für Neurologie und Neurochirurgie (ZNN) durchgeführt.

Nach Information der dort tätigen Anästhesisten und der Pflegekräfte auf den o. g. Stationen über den Ablauf der Befragung wurden die Fragebögen ausgeteilt. Es wurden alle in der Hauptbefragung erhobenen Daten gesammelt und durch Befragung der beteiligten Anästhesisten sowie des Stationspersonals mögliche Optimierungspotentiale analysiert.

2.6. INFORMATION DER BETEILIGTEN MITARBEITERGRUPPEN

Das Konzept der Befragung und die Durchführung wurde den pflegerischen und ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der KAIS in der internen Mitarbeiterfortbildung 1 Woche vor Beginn der Befragung vorgestellt. Zusätzlich wurde allen ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der KAIS ein Entwurf des Fragebogens und ein Informationszettel, die im Anhang aufgeführt sind, über die persönlichen Postfächer ausgehändigt.

Die Chefarzte und Pflegedienstleitungen der involvierten Zentren wurden 3 Wochen vor Beginn der Befragung angeschrieben und über die Befragung, mit der Bitte um interne Weiterleitung, informiert (Anschreiben siehe Anhang). Das betreffende Pflegepersonal, das für die Austeilung der Fragebögen zuständig war, wurde zusätzlich am 1. Befragungstag über die Befragung informiert und zur Ausgabe der Bögen motiviert. Um eventuellen Fragen oder Problemen nachzukommen wurde jeder Station und jeder Ambulanz ein Informationsbogen mit Ansprechpartner und Telefon- und Dienstfunknummer ausgehändigt.

Die Anonymität der Patienten wurde gewahrt, indem an jeden Fragebogen ein Briefumschlag geheftet wurde. Der Umschlag wurde nach dem Ausfüllen des Fragebogens durch den Patienten verschlossen und an den prämedizierenden Anästhesisten übergeben. Vom prämedizierenden Anästhesisten wurde auf dem Umschlag die ASA –Klassifikation des Patienten vermerkt. Auf dem Briefumschlag war das jeweilige Zentrum vermerkt, so dass eine zentrenspezifische Auswertung möglich war. Eine Ausnahme bildeten hier die Briefumschläge im Haus 23. Hier hatten die prämedizierenden Anästhesisten auf dem Briefumschlag die Möglichkeit die entsprechende chirurgische Abteilung (Allgemein-, Gefäß-, Unfallchirurgie oder Urologie) auszuwählen und anzukreuzen, so dass auch hier die Zuordnung der Patienten zu den einzelnen chirurgischen Abteilungen möglich war.

2.7. DURCHFÜHRUNG DER PATIENTENBEFRAGUNG IN DEN EINZELNEN ARBEITSBEREICHEN

Der Befragungsablauf wurde nach Abschluss der Pilotstudie wie geplant in den einzelnen Arbeitsbereichen umgesetzt.

Die Information der Patienten erfolgte neben den beschriebenen Verfahren außerdem durch ein Poster im Vorraum der Prämed – Ambulanz. Darin wurde auf die Befragung aufmerksam gemacht und um Beteiligung gebeten.

Während des Zeitraumes der Patientenbefragung wurden die einzelnen Zentren und Kliniken vor Ort betreut, so dass bei Fragen oder auftretenden Problemen sofort interveniert werden konnte.

Darüber hinaus wurden auf den Rücklaufbögen (siehe Anhang) die Anzahl der prämedizierten Patienten und die Anzahl der vorhandenen Fragebögen dokumentiert. Bei Diskrepanzen zwischen visitierten Patienten und vorhandenen Fragebögen wurde auf dem Rücklaufbogen das entsprechende Ausschlusskriterium angekreuzt. Somit waren eine Berechnung der Rücklaufquote und die Übersicht über die Häufigkeit der einzelnen Ausschlusskriterien bzgl. der einzelnen Fachabteilungen möglich.

Zusätzlich konnte hierdurch der aktuelle Stand der einzelnen Arbeitsbereiche hinsichtlich der zu erfüllenden Quoten nachvollzogen werden. Dies ermöglichte einen vorzeitigen Abbruch der Befragung in einem Arbeitsbereich, wenn dieser die notwendige Anzahl an Fragebögen vor Ende des dreiwöchigen Befragungszeitraumes generiert hatte.

Der angesetzte Befragungszeitraum von 3 Wochen reichte aus um in allen Arbeitsbereichen die notwendigen Fragebögen entsprechend der repräsentativen Verteilung zu erhalten.

Zusammenfassend lässt sich der Ablauf der Befragung am besten in folgendem Flussdiagramm beschreiben:

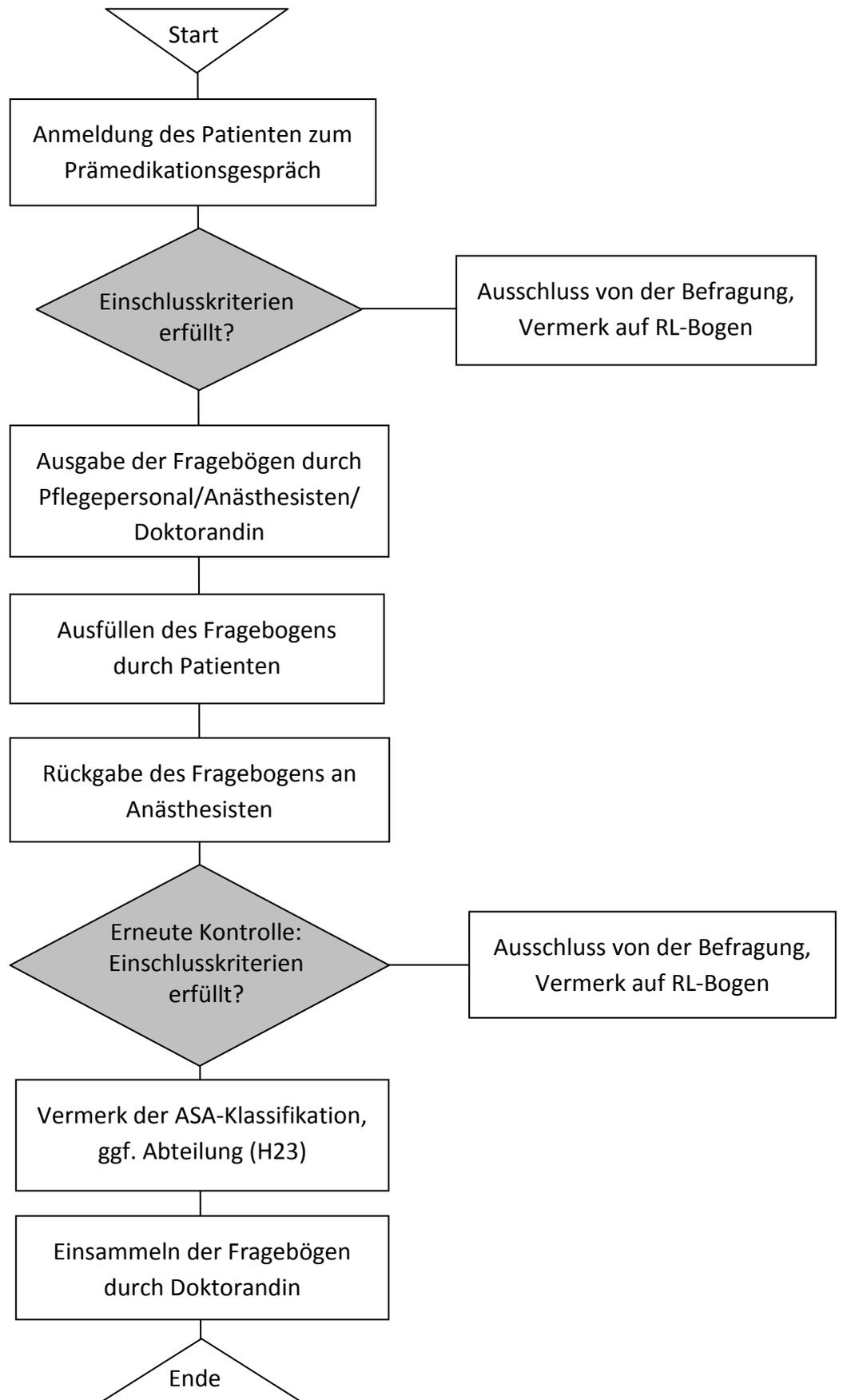


Abbildung 2-1 Durchführung der Befragung

2.8. STATISTISCHE AUSWERTUNG DER DATEN

Für die Berechnung der Korrelationen wurde die Spearman – Rangkorrelation gewählt. Der Korrelationskoeffizient wird im Weiteren als Spearmans rho angegeben.

Für die Korrelation wurden folgende Kategorien gebildet:

Starke Korrelation: $> 0,7$ bzw. $< (-0,7)$

Mäßige Korrelation (0,5 bis 0,7), bzw. (- 0,5 bis - 0,7)

Schwache Korrelation: (0,3 bis 0,5) bzw. (- 0,3 bis - 0,5).

Die Berechnung des χ^2 - Test auf Zufälligkeit der Abweichungen der erhaltenen Fragebögen von der kalkulierten Mindestanzahl erfolgte nach Rücksprache mit der Abteilung Biomathematik des Fachbereiches Medizin der Universität Frankfurt am Main anhand folgender Formel:

$$\chi^2 = \frac{(E - M)^2}{M}$$

E = tatsächlich erhaltene Fragebögen

M = kalkulierte Mindestanzahl an Fragebögen

Als Grenzwert wurde $\chi^2 < 3,841$ ($\alpha < 0,05$) gewählt.

Die Berechnung der Stichprobe und der Spearman Rangkorrelation erfolgte mit dem Statistikprogramm BIAS, Frankfurt Main.

Die Erfassung und deskriptive Auswertung der Daten erfolgte über Excel und Access der Firma Microsoft Inc., Redmond.

3. ERGEBNISSE

3.1. ERGEBNISSE DER PILOTSTUDIE IM NOVEMBER 2006

In einem Zeitraum von 2 Wochen konnten von 40 prämedizierten Patienten 27 Fragebögen gewonnen und ausgewertet werden. Der Rücklauf betrug somit 67,5%. Die Befragung wurde von den Patienten gut aufgenommen.

Es zeigte sich, dass die Befragung und die Durchführung in der geplanten Form praktikabel sind. Eine Optimierung des Fragebogens, oder eine Änderung der Ein- und Ausschlusskriterien erschien nicht indiziert.

Kleine Veränderungen wurden jedoch im Ablauf der Befragung eingeführt. Da im ZNN die Ausgabe der Bögen vom Pflegepersonal erfolgte und die Information über die Befragung teilweise über die Schichtwechsel nicht weitergegeben wurde, zeigte sich, dass eine strukturierte Mitarbeiterinformation notwendig ist. Weiterhin wurde deutlich, dass sowohl die Klinikleitung als auch die Pflegedienstleitung langfristiger im Vorfeld informiert werden müssen.

3.2. PATIENTENBEFRAGUNG MÄRZ 2007

3.2.1. RÜCKLAUF

Im Befragungszeitraum wurden 606 Patienten prämediziert, davon erfüllten 478 Patienten die Einschlusskriterien.

Die Gründe für den Ausschluss aus der Studie sind in Abbildung 2-1 dargestellt. Es konnten insgesamt 429 Fragebögen gewonnen werden. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 89,75%.

In einigen Arbeitsbereichen konnte die notwendige Anzahl von Fragebögen aufgrund des hohen Rücklaufs schon vor Ende des dreiwöchigen Befragungszeitraumes erfüllt werden.

Der Befragungszeitraum wurde daraufhin in den Arbeitsbereichen der ZMK, THG, ZAU, HNO und der Abdominal- und Gefäßchirurgie zwischen dem 06. und 08.03.2007 bzw. bis zu 3 Tage früher beendet.

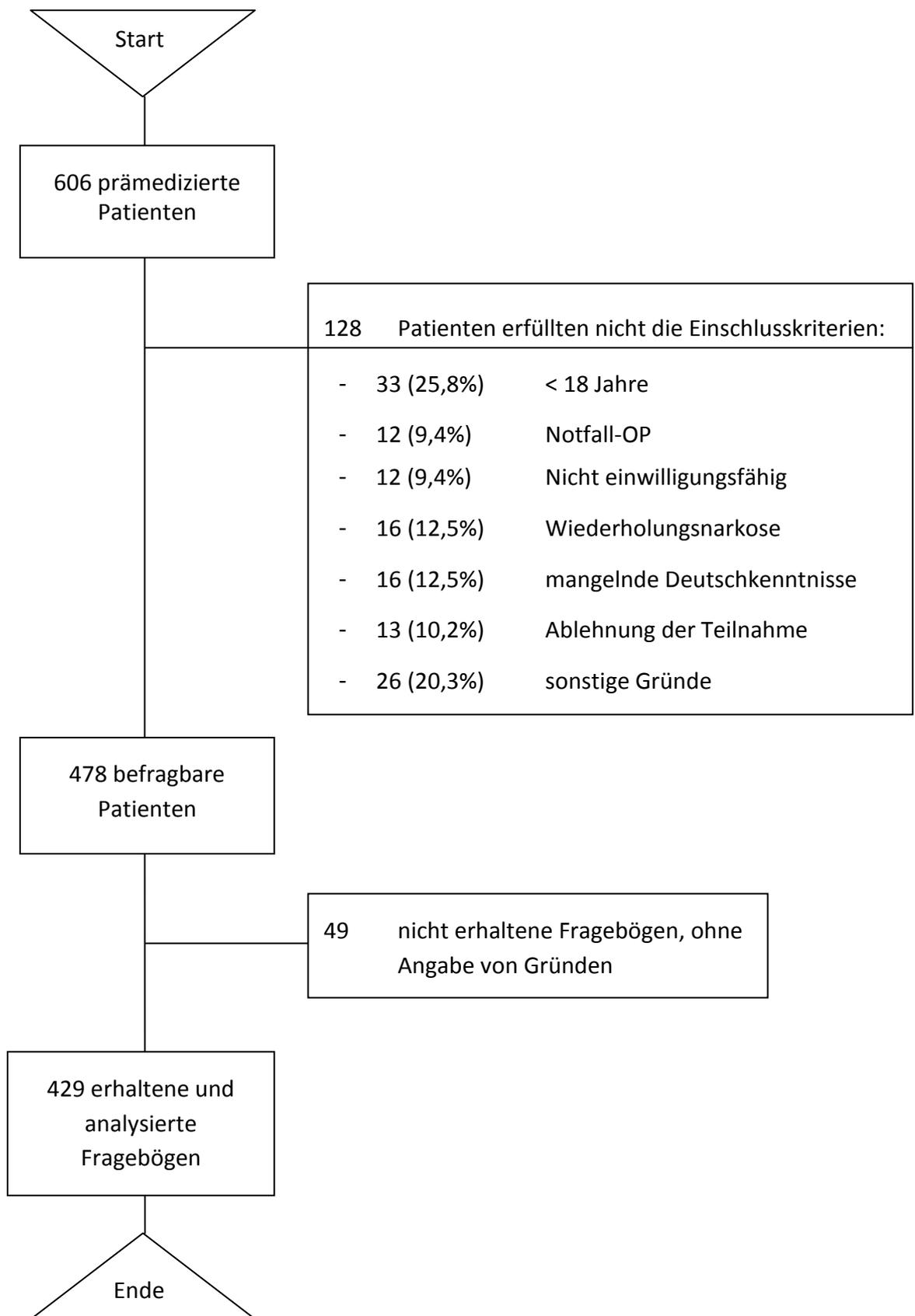


Abbildung 3-1 Rekrutierung der befragten Patienten

Arbeitsbereich	Prämediz. Patienten n =	von Befragung ausgeschlossen n =	Ausschlussquote in %	Befragbare Patienten n =	Tatsächlich erhaltene Fragebögen n =	Kalkulierte Mindestanzahl Fragebögen (siehe Tab. 1-1)	Rücklauf Quote in %	Quote realisiert	Quote geplant (siehe Tab. 1-1)	χ^2 (n.s. wenn <3,841)
Abdo	71	11	15,5	60	53	46	88,33	12,35%	10,64%	1,06
ZAU	35	5	14,3	30	24	24	80	5,59%	5,55%	0
ZDV	1	0	0	1	1	3	100	0,23%	0,47%	1,33
ZFG	83	11	13,3	72	70	68	97,2	16,32%	16,15%	0,06
THG	76	18	4,2	58	54	54	93,1	12,59%	12,61%	0
HNO	85	20	23,5	65	54	44	83,07	12,59%	10,26%	2,27
ZMK	27	6	22,2	21	21	20	100	4,90%	4,62%	0,05
ZNN	84	21	25	63	49	48	77,77	11,42%	11,11%	0,02
Trauma	79	22	27,8	57	57	57	100	13,29%	13,46%	0
Uro	65	14	21,5	51	46	44	90,19	10,72%	10,28%	0,09
Insg.	606	128	21,1	478	429	408	89,75	100%	95,15%	1,08

Tabelle 3-1 Verteilung der Fragebögen nach Arbeitsbereichen

Aus der Tabelle 3-1 wird ersichtlich, dass, abgesehen vom Arbeitsbereich ZDV, in allen Bereichen die kalkulierte Mindestanzahl an Fragebögen erreicht bzw. übertroffen wurde. Die Verteilung der Fragebögen auf die einzelnen Arbeitsbereiche entspricht weitestgehend den im Vorfeld geplanten Quoten. Eine signifikante Abweichung der erhaltenen Fragebögen von der kalkulierten Mindestanzahl an Fragebögen liegt nach Durchführung des χ^2 - Tests nicht vor ($\alpha < 0,05$, $\chi < 3,841$).

Die Rücklaufquote (Spalte 8) in den einzelnen Arbeitsbereichen errechnet sich aus den tatsächlich erhaltenen Fragebögen (Spalte 6) im Verhältnis zu den möglichen befragbaren Patienten (Spalte 5).

3.2.2. VERTEILUNG DER AUSSCHLUSSKRITERIEN BEZOGEN AUF DIE EINZELNEN ARBEITSBEREICHE

Schlüsselt man die angegebenen Ausschlusskriterien nach den einzelnen Arbeitsbereichen auf, ergeben sich die in Tab. 3-2 dargestellten Häufigkeiten.

AK/Abteilung	Uro	THG	HNO	Abdo	Trauma	ZFG	ZNN	ZAU	ZMK	Insg.
< 18 Jahre	0	0	12	2	0	0	12	3	4	33
OP am selben Tag	1	2	0	6	1	0	2	0	0	12
Nicht einwilligungsfähige Pat.	0	0	0	0	6	0	6	0	0	12
Wiederholungsnarkose	3	1	1	1	10	0	0	0	0	16
mangelnde Deutschkenntnisse	2	7	2	0	2	2	0	1	0	16
Ablehnung der Teilnahme	3	0	3	2	0	1	1	1	2	13
Sonstiges (MRSA, ASA 4)	5	8	2	0	3	8	0	0	0	26
Insg.:	14	18	20	11	22	11	21	5	6	128

Tabelle 3-2 Häufigkeit (absolut) der einzelnen Ausschlusskriterien nach Fachabteilungen

3.2.3. DEMOGRAPHISCHE ANGABEN

Die demographischen Angaben der Patienten sind in Tabelle 3-3 und 3-4 dargestellt. Dies umfasst das Geschlecht, die Verteilung der Altersgruppen, den Versicherungsstatus, die ASA-Klassifikation und die Vorerfahrungen mit Anästhesien.

Das Durchschnittsalter der Patienten betrug 50,8 Jahre ($s \pm 20,1$).

Demographische Daten		n =	in %
Patienten		429	100
Geschlecht			
	männlich	197	45,9
	weiblich	205	47,8
	keine Angabe	27	6,3
Altersgruppen			
	18 – 30 J	47	10,9
	31 – 45 J	79	18,4
	46 – 60 J	132	30,7
	61 – 75 J	111	25,8
	> 75J	38	8,8
	keine Angabe	22	5,1
ASA Klassifikation			
	1	99	23,1
	2	150	35,0
	3	160	37,3
	keine Angabe	20	4,7
Versicherungsstatus			
	Gesetzlich krankenversichert	291	67,8
	Privat krankenversichert	62	14,5
	Gesetzlich + privat zusatzversichert	28	6,5
	Selbstzahler	3	0,7
	Keine Angabe	45	10,5

Tabelle 3-3 demographische Angaben der befragten Patienten

Vorerfahrung mit Anästhesien			
Art der Anästhesie	Anzahl	n=	in %
Allgemeinanästhesien			
	Keine	48	11,2
	1	82	19,1
	2-3	121	28,2
	>3	133	31,0
	Weiß nicht	8	1,9
	Keine Angabe	37	8,6
Rückenmarksnahe Anästhesien			
	Keine	211	49,2
	1	54	12,6
	2-3	13	3,0
	>3	3	0,7
	Weiß nicht	14	3,3
	Keine Angabe	134	31,2
Periphere Nervenblockaden			
	Keine	206	48,0
	1	11	2,6
	2-3	9	2,1
	>3	5	1,2
	Weiß nicht	31	7,2
	Keine Angabe	167	38,9

Tabelle 3-4 Vorerfahrungen der Patienten mit Anästhesien

3.2.4. ALLGEMEINE ERWARTUNGEN UND VORINFORMATIONEN ZUR ANÄSTHESIE

Die Patienten wurden aufgefordert, anzugeben, wie sie ihre Angst vor der Anästhesie, der OP und den postoperativen Schmerzen einschätzen.

Aufgeschlüsselt nach den 4 Antwortmöglichkeiten äußerten sich die Patienten wie in Abb. 3-2 dargestellt.

Betrachtet man jeweils die Merkmale „trifft voll zu“ und „trifft eher zu“ als positive Antworten wird ersichtlich, dass die Patienten die Angst vor der Operation (n=214, 52%) bzw. die Angst vor postoperativen Schmerzen (n=210, 51%) häufiger angaben als die Angst vor der Anästhesie (n=151, 37%).

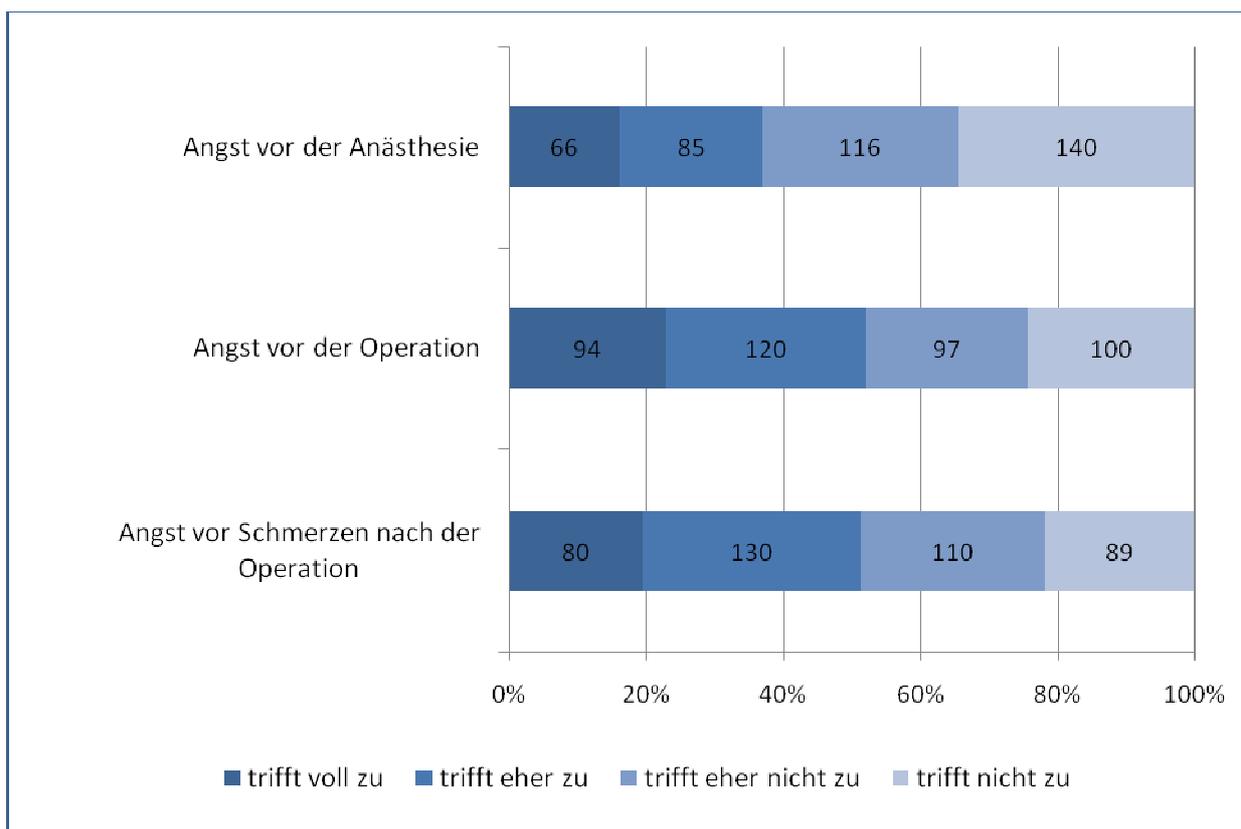


Abbildung 3-2 Allgemeine Erwartungen bzgl. der Angst vor der Anästhesie, der OP und vor postoperativen Schmerzen

Korreliert man die Antworten der Patienten hinsichtlich der Angst vor der Anästhesie, der OP und den postoperativen Schmerzen miteinander erhält man die in Tabelle 3-5 dargestellten

Korrelationskoeffizienten. Hierbei wird deutlich, dass Patienten, die angaben, Angst vor der Anästhesie zu haben auch häufig Angst vor der OP haben, bzw. Patienten, die Angst vor der OP als zutreffend ankreuzten auch häufiger Angst vor postoperativen Schmerzen als zutreffend auswählten.

Angst vor	Anästhesie	OP
OP	0,76	x
Schmerzen	0,48	0,59

Tabelle 3-5 Korrelation hinsichtlich der Angst – Einschätzung

Korrelation hinsichtlich der Angst – Einschätzung

Untersucht man die gegebenen Antworten zu den 3 Erwartungshaltungen mit den demographischen Parametern Alter, Geschlecht, ASA – Klassifikation und Anzahl der Vornarkosen ist eine relevante Korrelation zu keinem der Parameter nachweisbar.

Die einzelnen Korrelationskoeffizienten sind in Tab. 3-6 dargestellt.

Demographische Parameter	Angst vor Anästhesie	Angst vor OP	Angst vor postop. Schmerzen
Alter	0,006	0,027	0,067
Geschlecht	0,22	0,18	0,12
ASA	0,018	-0,022	0,03
Anzahl Vornarkosen allg.	0,21	0,1	0,004
Anzahl Vornarkosen RM	0,04	0,06	-0,03
Anzahl Vornarkosen PNB	0,09	0,06	0,005

Tabelle 3-6 Korrelation der demographischen Parameter und der Angst vor der Anästhesie, der OP und den postoperativen Schmerzen

Des Weiteren wurde nach der Beschaffung von Informationen zur Narkose vor Durchführung des Aufklärungsgesprächs gefragt. Hierbei zeigte sich, dass 41% der Patienten angaben, sich im Vorfeld über die Narkose informiert zu haben.

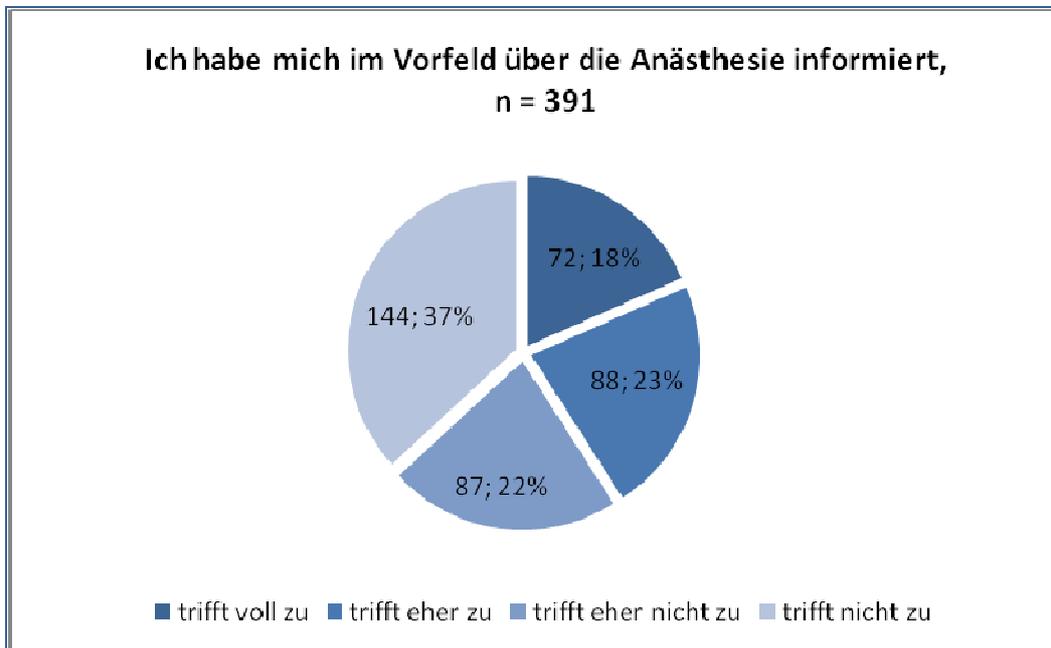


Abbildung 3-3 Angaben zum Informationsverhalten der Patienten vor dem Aufklärungsgespräch

176 Patienten (41,0%) gaben eine Informationsquelle an. Davon nannten 92 (52,3%) der Patienten den Haus- bzw. Facharzt, 31 (17,6%) Freunde oder Bekannte und 10 (5,7%) Patienten das Internet. 38 (21,6%) Patienten gaben eine sonstige Informationsquelle an.

Im Freitextfeld zu dieser Informationsquelle wurde hauptsächlich die Zugehörigkeit zu medizinischen Fachberufen genannt.

Betrachtet man das Informationsverhalten in Abhängigkeit der demographischen Faktoren Alter, Geschlecht und Versicherungsstatus der Patienten ist keine Korrelation festzustellen (siehe Tab. 3-7).

Korrelation	Alter	Geschlecht	Versicherungsstatus
Vorinformationen	0,008	0,06	-0,03

Tabelle 3-7 Korrelation des Informationsverhaltens und ausgewählter demographischer Faktoren

3.3. ERGEBNISSE DER BEFRAGUNG BEZÜGLICH DER ERWARTUNGEN AN DAS AUFKLÄRUNGSGESPRÄCH

3.3.1. ERWARTUNGEN DER PATIENTEN BEZÜGLICH DES ORGANISATORISCHEN RAHMENS DES AUFKLÄRUNGSGESPRÄCHES

Die Patienten sollten angeben, wie wichtig ihnen die Rahmenbedingungen (konkreter Zeitpunkt und Ort) des Aufklärungsgesprächs sind.

Wie in Abb. 3-4 dargestellt, gaben 57% der Patienten an, dass es ihnen sehr wichtig bzw. eher wichtig sei den genauen Zeitpunkt des Aufklärungsgesprächs zu kennen.

Dagegen ist es für die Mehrheit der Patienten (66%) nachrangig, dass das Aufklärungsgespräch unter „vier Augen“ stattfindet.

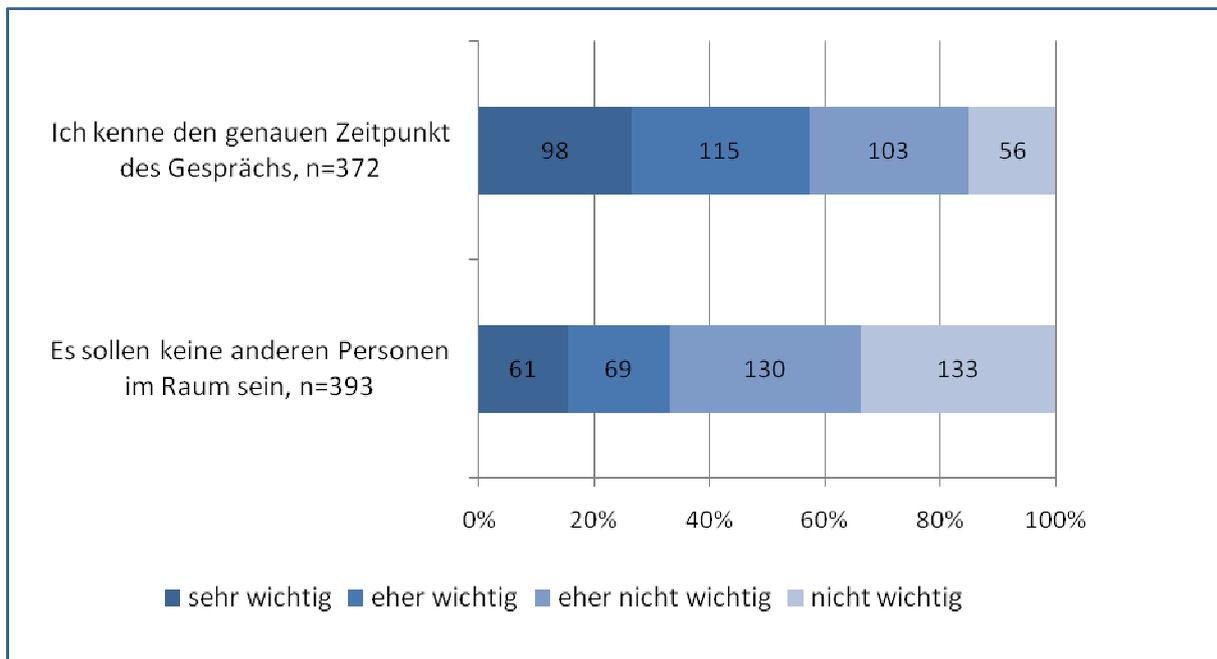


Abbildung 3-4 Erwartungen der Patienten bezüglich des organisatorischen Rahmens des Aufklärungsgesprächs

3.3.2. ERGEBNISSE DER BEFRAGUNG BZGL. DER ERWARTUNGEN DER PATIENTEN AN DEN ANÄSTHESISTEN

Hier hatten die Patienten die Möglichkeit, ihre Erwartungen an den Anästhesisten anzugeben. Gefragt wurde hinsichtlich dem Wunsch nach Angstminderung während des Gespräches, dem Wunsch nach Aufklärung und Durchführung der Anästhesie durch denselben Anästhesisten, nach Freundlichkeit, Kompetenz und verständlicher Sprache. Die Verteilung der Patientenaussagen sind in Abbildung 3-5 dargestellt.

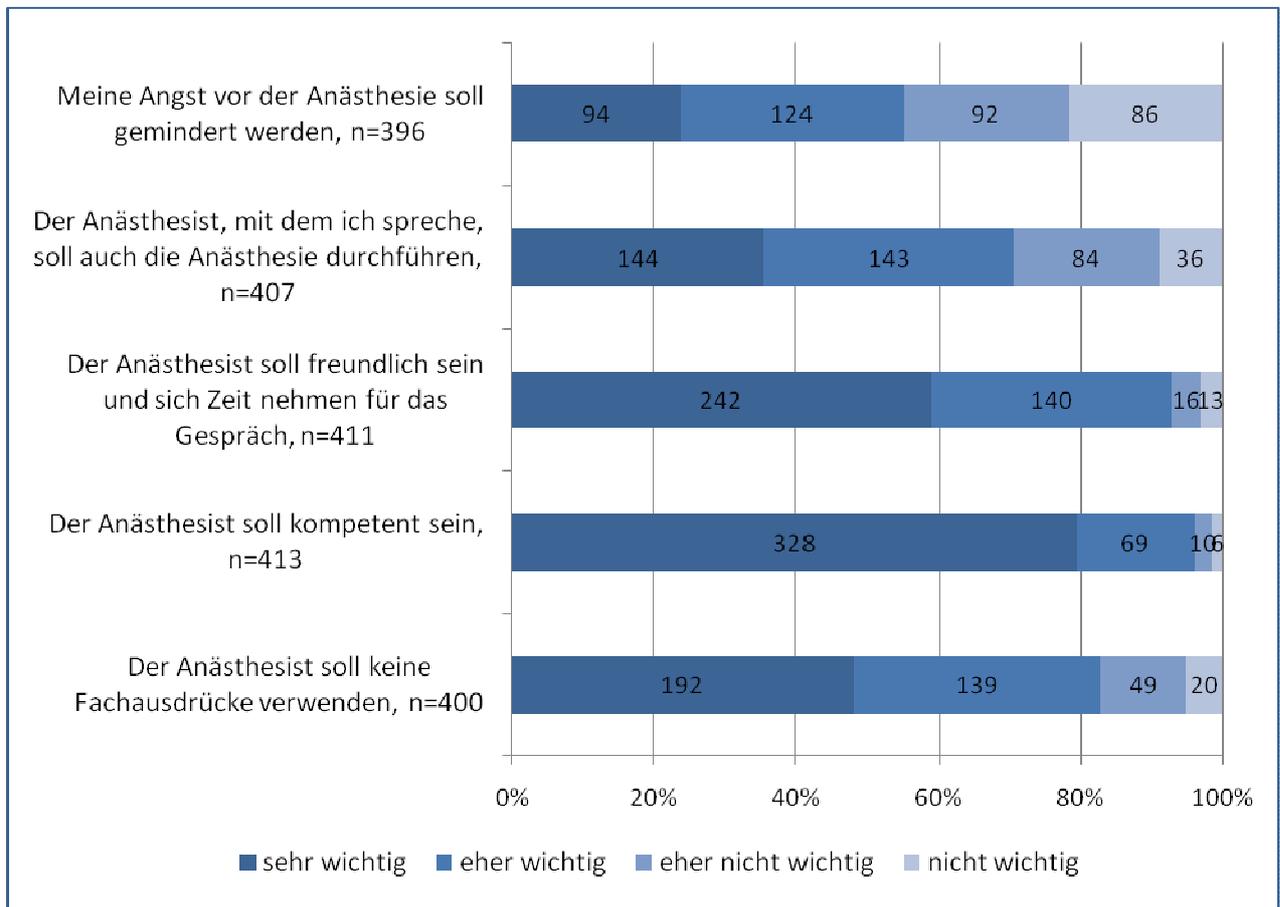


Abbildung 3-5 Erwartungen und Ansprüche der Patienten an den Anästhesisten

Bei den gegebenen Antworten fällt auf, dass die überwiegende Mehrheit der Patienten Kompetenz, Freundlichkeit und eine verständliche Sprache im Aufklärungsgespräch für eher wichtig bis sehr wichtig erachtet.

70% der Patienten wünschen sich, dass der später behandelnde Anästhesist auch das Aufklärungsgespräch durchführt.

Wie in Tab. 3-8 aufgeführt, zeigt sich eine schwache Korrelation ($\rho=0,34$) hinsichtlich der Angst vor der Anästhesie und dem Wunsch des Patienten, mit dem später behandelnden Anästhesisten auch das Aufklärungsgespräch zu führen.

Korreliert man die Verteilung der Antworten mit dem Geschlecht und der Anzahl der Vornarkosen zeigt sich keine relevante Korrelation.

Immerhin 55% der Patienten erhoffen sich von dem Aufklärungsgespräch, dass ihre Angst vor der Anästhesie im Aufklärungsgespräch gemindert wird.

Korreliert man die Antworten dieser Frage mit den Antworten bzgl. der Angst vor der Anästhesie/OP/postoperativen Schmerzen fällt auf, dass v.a. Patienten, die Angst vor der Anästhesie haben, sich diese Angstminderung im Gespräch wünschen (siehe Tab. 3-8).

Hinsichtlich des Geschlechts und der Anzahl der Vornarkosen besteht keine relevante Korrelation.

Korrelation (ρ)	Wunsch nach Angstminderung	Gleicher Anästhesist in Gespräch und Narkose
Geschlecht	0,19	0,14
Anzahl der Vornarkosen	0,09	0,007
Angst Anästhesie	0,56	0,34
Angst OP	0,47	0,30
Angst Schmerzen	0,32	0,23

Tabelle 3-8 Korrelation zwischen Erwartungen an den Anästhesisten/an das Aufklärungsgespräch und ausgewählten demographische Faktoren bzw. allgemeinen Erwartungshaltungen der Patienten

3.3.3. ERWARTUNGEN DER PATIENTEN AN DEN UMFANG DER ANAMNESE UND DER KÖRPERLICHEN UNTERSUCHUNG WÄHREND DES AUFKLÄRUNGSGESPRÄCHES

Hier sollten die Patienten angeben, inwieweit ihnen eine umfangreiche oder kurzgehaltene Anamnese bzw. körperliche Untersuchung wichtig ist. Zur besseren Differenzierung und Validierung dieser Aspekte wurden gegensätzliche Aussagen abgefragt. Die Übersicht über die Antworten findet sich in Abbildung 3-6.

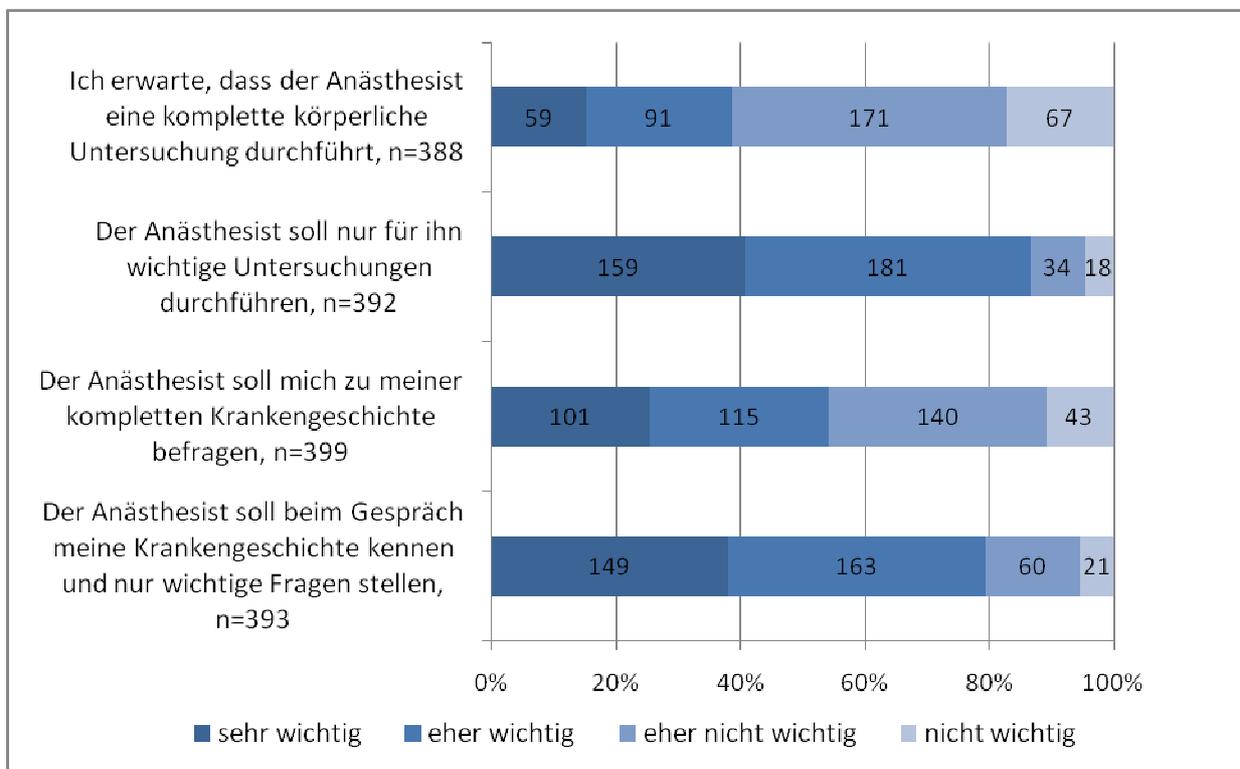


Abbildung 3-6 Angaben bzgl. des gewünschten Umfanges der Anamnese und der körperlichen Untersuchung

Hierbei fällt auf, dass es für die Patienten wichtig ist, dass der Anästhesist die Krankengeschichte bereits kennt und sich bei der Anamnese und der körperlichen Untersuchung auf die für ihn wichtigen Punkte beschränken soll.

Tendenziell wünschen Patienten mit zunehmender Angst vor der Anästhesie eher eine komplette körperliche Untersuchung ($\rho=0,32$), hinsichtlich des Umfanges der Anamnese zeigt sich jedoch keine relevante Korrelation.

Auch in Hinblick auf das Geschlecht, der Anzahl der Vornarkosen, den Versicherungsstatus und der Angst vor der OP und den postoperativen Schmerzen zeigt sich keine relevante Korrelation.

3.3.4. ERWARTUNGEN HINSICHTLICH DER AUFKLÄRUNG ÜBER DIE NARKOSEVERFAHREN

Hier konnten die Patienten angeben, inwieweit sie eine detaillierte Aufklärung über verschiedene Narkoseverfahren wünschen.

Auch hier wurden zur besseren Differenzierung und Validierung der Antworten 2 gegensätzliche Aussagen formuliert. Die Antworten sind in Abb. 3-7 dargestellt. Bei der Auswertung blieb die zu erwartende negative Korrelation jedoch aus. Beide Aussagen wurden von der Mehrheit der Patienten als wichtig eingestuft.

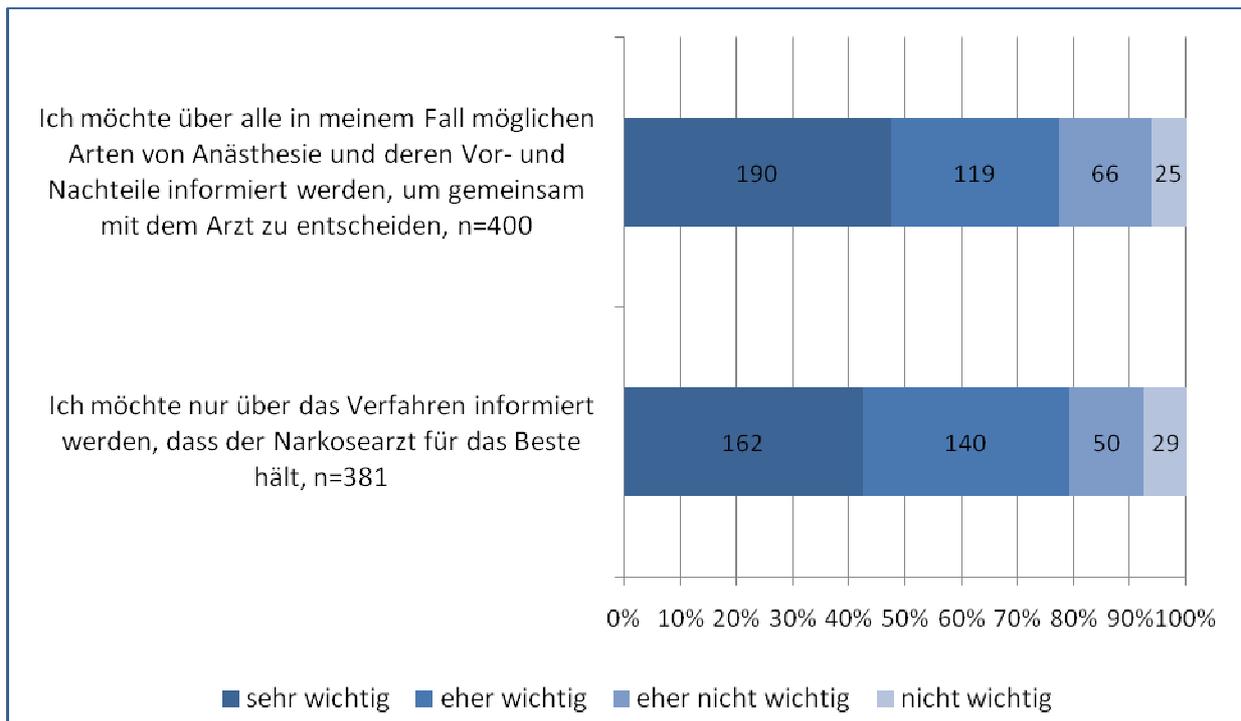


Abbildung 3-7 Angaben der Patienten bzgl. der Aufklärung über die Narkoseverfahren

3.3.5. ERWARTUNGEN DER PATIENTEN BEZÜGLICH DES UMFANGES DER VERMITTELTEN INFORMATIONEN IM AUFKLÄRUNGSGESPRÄCH

Die Patienten hatten hier die Möglichkeit ihre Wünsche bezüglich des inhaltlichen Umfangs des Aufklärungsgespräches anzugeben.

Dazu wurden neben dem allgemeinen Inhalt (z.B. Ablauf der Narkose) auch spezielle Aspekte (z.B. Gabe von Fremdblutprodukten) ausgewählt, die im Rahmen der Aufklärung angesprochen werden.

Die Übersicht über die gegebenen Antworten ist in Abb. 3-8 dargestellt.

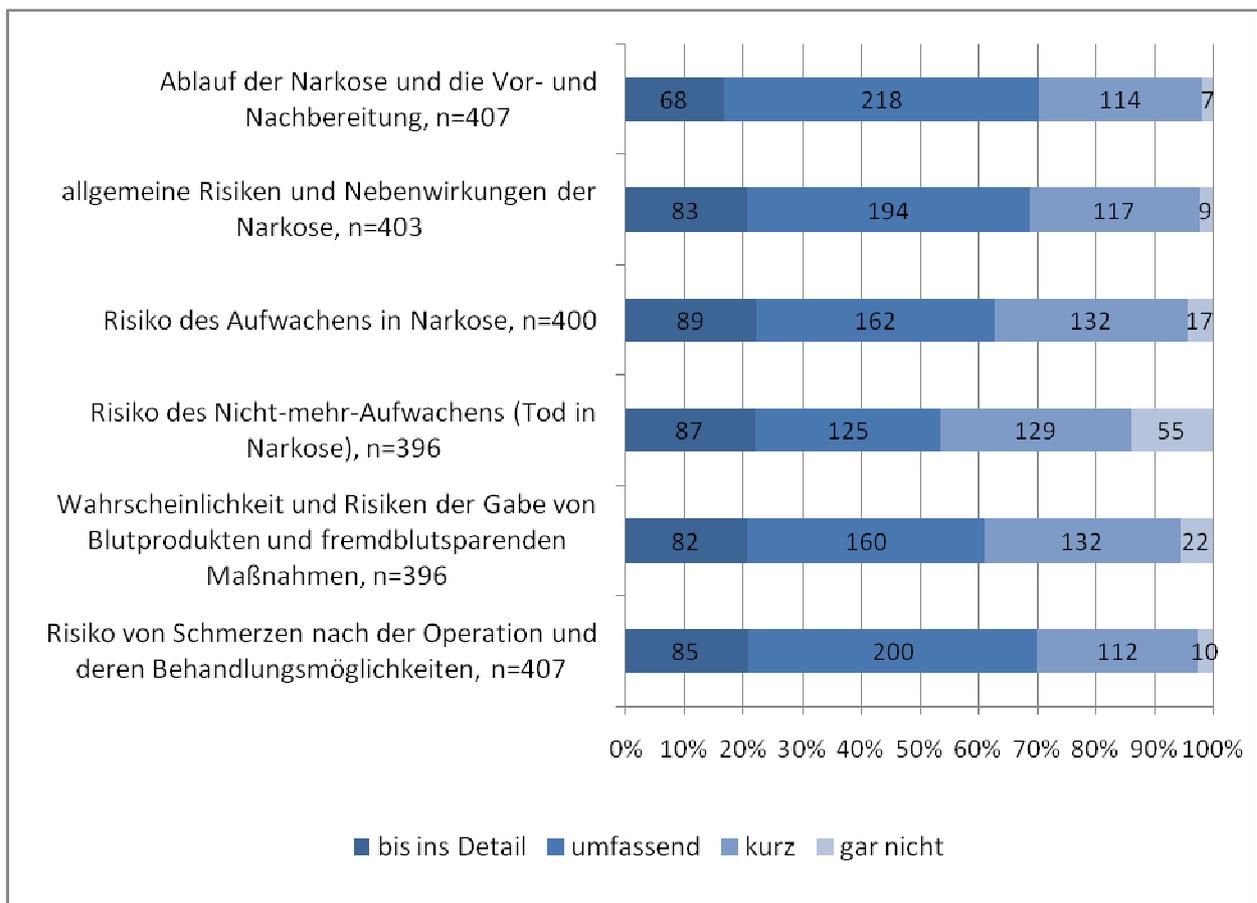


Abbildung 3-8 Angaben der Patienten zum Umfang der vermittelten Informationen im Aufklärungsgespräch

Bei der Darstellung der Daten fällt auf, dass die Mehrheit der Patienten eine kurze – umfassende Aufklärung wünscht.

Korreliert man die Aussagen mit den demographischen Faktoren zeigen sich keine relevanten Korrelationen, lediglich hinsichtlich der Angst vor der Anästhesie zeigen sich leicht positive Tendenzen zum zunehmenden Umfang der Aufklärung.

Betrachtet man die Korrelation dieser Aussagen und der in Abb. 3-8 dargestellten Fragen zeigt sich, dass Patienten, die ausführlich informiert werden möchten auch über alle möglichen Narkosearten informiert werden möchten.

Eine leicht positive Korrelation zeigt sich auch bei dem Wunsch nach Angstminderung und dem inhaltlichen Umfangs des Aufklärungsgespräches. Die Korrelationskoeffizienten sind in Tab. 3-9 dargestellt.

Korrelation	Angst vor Anästhesie	Wunsch nach Angstminderung	Umfassende Aufklärung und gemeinsame Entscheidung	Aufklärung nur über das Beste Verfahren
Ablauf der Narkose und die Vor-/Nachbereitung	0,24	0,35	0,50	0,27
Allgemeine Risiken und Nebenwirkungen	0,28	0,34	0,53	0,25
Risiko des Aufwachens während der Narkose	0,19	0,29	0,46	0,26
Risiko des Todes in Narkose	0,19	0,25	0,44	0,22
Wahrscheinlichkeit und Risiken der Gabe von Blutprodukten	0,17	0,26	0,51	0,29
Risiko von Schmerzen nach der Operation	0,19	0,35	0,48	0,29

Tabelle 3-9 Korrelation hinsichtlich des Informationsbedürfnisses und ausgewählter Erwartungshaltungen

3.4. BERÜCKSICHTUNG DER ERGEBNISSE IM PDCA - ZYKLUS

Die Ergebnisse der Befragung wurden im Rahmen von QM-Lenkungsteamsitzungen der KAIS erörtert. Aufgrund der besonders wichtig erachteten Punkte wurden folgende Änderungen im Prozessablauf der Prämed-Ambulanz durchgeführt:

1. Einsatz von Assistenzärzten im 3./4. Weiterbildungsjahr im Rotationsablauf der Prämed-Ambulanz, um dem Wunsch der Patienten auf einen kompetenten Anästhesisten gerecht zu werden.

2. Erhöhung der personellen Kapazität in der Prämed-Ambulanz:

- durch Trennung von Akutschmerzdienst und Prämedikationsvisite. Dies wurde bisher durch eine Vollzeitstelle abgedeckt. Beide Bereiche werden nun separat betreut.
- durch Aufstockung der in der Prämed-Ambulanz eingeteilten Ärzte auf 2 Vollzeitstellen während der Kernarbeitszeit
- durch Entlastung der Ärzte durch Anwesenheit einer Arzthelferin mit der Möglichkeit der Delegation nicht-ärztlicher Tätigkeiten.

Durch diese Änderungen in der Struktur der Prämed-Ambulanz haben die prämedizierenden Anästhesisten mehr Zeit für das Patientengespräch und können somit das Patientengespräch in gewünschter Weise intensiv und ohne Zeitdruck führen.

4. DISKUSSION

4.1. RÜCKLAUF

Der hohe Rücklauf der Befragung [21] begründet sich vor allem an der im Vorfeld der Befragung durchgeführten Struktur- und Prozessanalyse und der darauf abgestimmten Durchführung der Befragung.

Positiv wirkten vor allem folgende Faktoren auf die Rücklaufquote:

- Integration des Fragebogens in bereits bestehende Arbeitsroutinen
- strukturierte Mitarbeiterinformation in den einzelnen Arbeitsbereichen
- persönliche Betreuung und
- zeitnahe Rückmeldung über den aktuellen Rücklauf in den einzelnen Arbeitsbereichen mit der Möglichkeit zur erneuten Prozessanalyse und Intervention.

Für die sorgfältige Vorbereitung spricht auch, dass zusammen mit dem kurzfristigen Monitoring die Befragung in einigen Arbeitsbereichen bereits früher beendet werden konnte. Ungeachtet dessen konnte die Repräsentanz der einzelnen Arbeitsbereiche gewährleistet werden.

Die gewählten Einschlusskriterien erwiesen sich als praktikabel, hierdurch war die Fokussierung der Befragung auf die gewünschte Zielgruppe möglich.

4.2. DEMOGRAPHISCHE ANGABEN

Um eine präzise Vorstellung von dem befragten Patienten Klientel zu erhalten wurde zu Beginn des Fragebogens die demographischen Angaben abgefragt, die unserer Meinung nach Einfluss auf die Erwartungshaltung der Patienten haben können.

Hinsichtlich der demographischen Faktoren erwies sich das befragte Patienten Klientel als repräsentativ, wodurch eine zielgruppenorientierte Analyse der Daten durchgeführt werden konnte.

Im Fokus standen hier der Einfluss des Geschlechts, des Alters, des Versicherungsstatus' und die Anzahl der Vornarkosen auf die Erwartungen an das Prämedikationsgespräch.

4.3. ALLGEMEINE ERWARTUNGEN UND VORINFORMATIONEN

4.3.1. ERWARTUNGEN ZUR ANÄSTHESIE

Hintergrund dieser Fragen war es, herauszufinden, inwiefern Patienten präoperativ die einzelnen Bereiche (Anästhesie, OP, postoperativen Schmerzen) mit ihrer persönlichen Angsteinschätzung differenzieren [38, 54].

Das Antwortverhalten zeigt, dass Patienten diese Bereiche voneinander trennen und ihnen auch unterschiedlichen Einfluss auf ihre Angsterwartung einräumen.

Ersichtlich wird dies zum einen in der Diskrepanz der Antworten auf die Frage zu der Angst vor der Anästhesie und der Angst vor der OP bzw. vor postoperativen Schmerzen, zum anderen spricht die nur mittelmäßige Korrelation zwischen Angst vor der OP und vor postoperativen Schmerzen für die differenzierte Betrachtungsweise seitens der Patienten.

Überraschenderweise wird die Angst vor der OP und vor postoperativen Schmerzen deutlich häufiger als zutreffend eingestuft als die Angst vor der Anästhesie. Dies kann u. a. darin begründet sein, dass Patienten die Anästhesie häufig nur „am Rande“ wahrnehmen, da für sie die Grunderkrankung mit dem geplanten operativen Eingriff im Mittelpunkt steht. Des Weiteren sind die Abläufe der Anästhesie wenig bekannt und wirken daher eher ungefährlich auf die Patienten.

Interessant in diesem Zusammenhang ist, dass Patienten, die ihre Angst vor der Anästhesie als eher zutreffend einstufen, auch häufiger eine größere Angst vor der OP zu haben scheinen. Dies lässt sich damit erklären, dass bei tendenziell ängstlicheren Patienten die oben genannte Differenzierung zwischen den Bereichen nachlässt und sie dem geplanten Eingriff insgesamt sehr ängstlich gegenüberstehen.

Betrachtet man dazu die Ergebnisse von Hofer [28] schätzen die Patienten in unserer Studie ihre Angst höher ein und differenzieren bewusster zwischen den unterschiedlichen Bereichen.

Nach den bisherigen Untersuchungen in diesem Bereich [20, 28, 37] erwarteten wir eine positive Korrelation zwischen dem Geschlecht (weiblich) und einer zunehmenden Angsteinschätzung. Darüber hinaus erwarteten wir eine tendenziell negative Korrelation

bzgl. des Alters / der Anzahl der Vornarkosen und der Angsteinschätzung. Diese Zusammenhänge konnten wir in unserem Patientenklintel jedoch nicht nachweisen.

4.3.2. VORINFORMATIONEN

Da die Bereitschaft der Patienten zur selbstständigen Beschaffung von Hintergrundinformationen immer mehr zunimmt, war es Ziel dieser Fragen zu evaluieren inwieweit sich unsere Patienten im Vorfeld gezielt über die Anästhesie informieren und welche Informationsquellen hauptsächlich genutzt werden.

Unsere Erwartung war, dass sich vor allem jüngere Patienten häufiger vorab informieren und sich gezielter beim Hausarzt/Facharzt oder im Internet über die möglichen Anästhesieverfahren erkundigen.

Die getätigten Antworten widersprachen den Erwartungen, da nur 41% der Patienten angaben, sich im Vorfeld über die Anästhesie informiert zu haben. Davon nannten 52,3% als Hauptquelle den Haus- bzw. Facharzt. Das Internet als Informationsquelle nutzten nur 5,7%.

Eine relevante Korrelation zwischen Alter/Versicherungsstatus und dem Informationsverhalten konnten wir nicht feststellen.

Betrachtet man dieses Antwortverhalten zusammen mit der geringen Angsteinschätzung vor der Anästhesie, kann man daraus schlussfolgern, dass die Anästhesie bei einem geplanten Eingriff nicht im Vordergrund der Patientenbesorgnis steht.

Als Rückschluss für die Durchführung der Prämedikation sollte sich der prämedizierende Anästhesist daher darauf einstellen, dass sich die Patienten - abgesehen vom Aufklärungsbogen - im Vorfeld nicht wesentlich über die Anästhesie informieren und dies im Umfang der Aufklärung berücksichtigen.

Betrachtet man die Ergebnisse bisheriger Untersuchungen [28] zeigen sich keine großen Abweichungen hiervon. Auch im dortigen Patientenkollektiv hat sich nur ein geringer Anteil der Patienten vorinformiert. Die Hauptinformationsquelle zur Anästhesie war dort der prämedizierende Anästhesist.

4.4. ERWARTUNGEN AN DAS AUFKLÄRUNGSGESPRÄCH

4.4.1. ORGANISATORISCHE RAHMENBEDINGUNGEN

Mit den Fragen zu den organisatorischen Rahmenbedingungen wollten wir evaluieren, inwieweit für die Patienten die Wahrung der Privatsphäre und die Kenntnis des konkreten Zeitpunktes ausschlaggebend sind.

In unserer Befragung zeigte sich, dass es für 57% der Patienten wichtig ist den genauen Termin des Gespräches zu kennen. Dieser Wunsch nach Planbarkeit lässt sich dahingehend begründen, dass es im Rahmen eines Klinikaufenthaltes häufig zu Wartezeiten vor Untersuchungen/Visiten etc. kommt und Patienten diese zeitlichen Verzögerungen oft als unangenehm wahrnehmen und sich mehr Struktur wünschen.

Im Rahmen des QM kann man den bisherigen Ablauf dahingehend optimieren, dass man für die Prämedikation zum Beispiel weitere personelle Ressourcen schafft um Engpässe zu überbrücken und Termine für geplante Prämedikationen vergibt.

Dahingegen wurde die Wahrung der Privatsphäre überraschenderweise als eher nachrangig eingestuft – nur 33% der Patienten erachten das Gespräch in einem separaten Raum als wichtig.

Auffallend ist bei diesen Fragen auch, dass es bzgl. Versicherungsstatus, Alter und Vorerfahrung mit Anästhesien der Patienten keinen relevanten Zusammenhang hinsichtlich dieser Rahmenbedingungen gibt.

4.4.2. ERWARTUNGEN AN DEN ANÄSTHESISTEN

Erwartungsgemäß sind die Aussagen zu diesen Fragen von der Mehrzahl der Patienten als wichtig bis sehr wichtig eingestuft worden.

Besonders herausragend ist dies bei den Aussagen zu Freundlichkeit/Zeit und zur Kompetenz zu erkennen.

Für die Patienten ist es nachvollziehbar enorm wichtig, dass der Anästhesist sich Zeit nimmt für das Gespräch, Kompetenz vermittelt und sich auch bzgl. der Wortwahl auch verständlich ausdrückt.

Dagegen sind die Antworten zur Frage nach Angstminderung zwar mit Tendenz zum „Wichtig“, aber eher als homogen verteilt zu betrachten. Hier fällt auf, dass vor allem Patienten, die Angst vor der Anästhesie haben sich diese Angstminderung im Gespräch wünschen.

Weiterhin wünscht sich die Mehrheit der Patienten, dass der prämedizierende Anästhesist auch die Anästhesie durchführt.

Dies ist verständlich nachzuvollziehen, da für die meisten Patienten ein operativer Eingriff ein befremdendes Ereignis darstellt und der Wunsch nach einer vertrauten Person in dieser Lage die Gesamtsituation kalkulierbarer macht.

Dies in großen - Anästhesie-Abteilungen umzusetzen ist jedoch nicht praktikierbar. Jedoch sollte man die Schwierigkeit der organisatorischen Umsetzung im Prämedikationsgespräch thematisieren um dementsprechend keine falschen Erwartungen auf der Patientenseite zu erzeugen.

Betrachtet man bisherige Untersuchungen [2, 20, 28, 31, 37] zu diesen Fragen entsprechen die Ergebnisse denen unserer Studie.

4.4.3. ERWARTUNGEN DER PATIENTEN AN DEN UMFANG DER ANAMNESE UND DER KÖRPERLICHEN UNTERSUCHUNG WÄHREND DES AUFKLÄRUNGSGESPRÄCHES

Es wurden jeweils 2 gegensätzliche Aussagen gewählt um zu überprüfen, inwiefern die Patienten die vorgegebenen Angaben differenzieren. Konträr formulierte Aussagen sollten in der Auswertung erwartungsgemäß negativ korrelieren.

In den Ergebnissen zeigte sich jedoch, dass das Antwortverhalten der Patienten sehr gemischt war – eine eindeutige Tendenz bestand nur bei den Fragen zur körperlichen Untersuchung. Hier favorisierten die Patienten eindeutig, dass der Anästhesist nur für ihn wichtige Untersuchungen durchführen soll. Die Gegenaussage wurde als eher unwichtig eingestuft.

Bei den Fragen bzgl. der Krankengeschichte ist keine Präferenz erkennbar. Zwar geben die Patienten an, dass der Anästhesist die Krankengeschichte kennen und nur wichtige Aspekte nachfragen soll, jedoch ist bei der formulierten Gegenaussage das Antwortverhalten sehr homogen auf die 4 Möglichkeiten verteilt.

Weiterhin fällt auf, dass bei der Korrelation bestimmter demographischer Daten mit diesen Fragen kein relevanter Zusammenhang erkennbar ist. Ein Zusammenhang hätte hinsichtlich

der Anzahl der Vornarkosen – sprich der Erfahrung der Patienten mit Anästhesien - oder dem Versicherungsstatus mit dem gewünschten Umfang erwartet werden können.

Dies zeigt jedoch, dass auch z.B. privatversicherte Patienten keine „Sonderwünsche“ hinsichtlich einer kompletten körperlichen Untersuchung oder einer besonders umfangreichen Anamnese haben.

Die Korrelation von der Angst vor der Anästhesie und dem Wunsch nach einer kompletten körperlichen Untersuchung zeigt eine schwache positive Tendenz.

Das lässt sich insofern erklären, dass Patienten, die besonders ängstlich hinsichtlich der Anästhesie sind, sicher gehen wollen, dass im Vorfeld keine pathologischen Untersuchungsbefunde übersehen werden.

4.4.4. ERWARTUNGEN HINSICHTLICH DER AUFKLÄRUNG ÜBER DIE NARKOSEVERFAHREN

Auch hier wurden 2 gegensätzliche Aussagen gewählt. Erwartet wurde von unserer Seite, dass die Patienten – wenn sie eine der Aussagen favorisiert bewerten, die gegensätzliche Aussage dazu negativ korreliert. Dies zeigte sich jedoch nicht in den Ergebnissen.

Beide Aussagen wurden als sehr wichtig/eher wichtig erachtet, eine Tendenz der Patienten zu einer der Aussagen lässt sich damit nicht erkennen. Daraus kann man schlussfolgern, dass Patienten zwar einerseits umfangreich aufgeklärt werden möchten, andererseits die Priorität während des Gespräches schon auf dem „Verfahren der Wahl des Anästhesisten“ liegen soll.

Während des Prämedikationsgesprächs sollte daher der Informationsbedarf seitens des Patienten individuell bestimmt werden und darauf angepasst werden. Hierbei ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Aufklärung inhaltlich den aus forensischen Gründen gebotenen Mindestumfang nicht unterschreitet.

4.5. ERWARTUNGEN DER PATIENTEN BEZÜGLICH DES UMFANGES DER VERMITTELTEN INFORMATIONEN IM AUFKLÄRUNGSGESPRÄCH

Ziel dieser Fragen war es, herauszufinden, inwieweit die Patienten über bestimmte Details der Narkoseaufklärung informiert werden möchten.

Bewusst wurden hierbei Themen gewählt, die häufig in der Presse als „Schreckensszenarien“ publiziert und damit von Patienten oft mit der Anästhesie/Vollnarkose assoziiert werden.

Erwartet wurde daher, dass zu bestimmten Themen evtl. ein erhöhter Informationsbedarf besteht um vielleicht bestehende Ängste/Vorurteile zu minimieren.

In der Auswertung zeigte sich jedoch, dass insgesamt ein sehr einheitlicher Informationsbedarf besteht. Die Mehrheit der Patienten wünscht sich eine kurze bis umfassende Aufklärung, nur wenige möchten über bestimmte Themen gar nicht aufgeklärt werden (am häufigsten wird hier das Thema „Tod während der Narkose“ genannt).

Auch die Aufklärung bzgl. der ausgewählten Themen „bis ins Detail“ wird nur von einer Minderheit gewünscht. Sollte seitens des Patienten ein besonderes Interesse zu den Details bestehen, kann der prämedizierende Anästhesist dies während dem Gespräch abklären und ggf. darauf eingehen.

Auch hier gibt es keine relevante Korrelation hinsichtlich der demographischen Faktoren.

Das bestehende Vorurteil, dass z.B. Privatpatienten besonders intensiv aufgeklärt werden möchten, lässt sich an unseren Ergebnissen nicht bestätigen.

Auch hätte man erwarten können, dass Patienten, die schon Erfahrung mit Anästhesien/Vornarkosen haben, ein geringeres Aufklärungsbedürfnis haben – aber auch hier zeigt sich keine relevante Korrelation.

Die einzig positive Tendenz zeigt sich wieder bei der Angst vor der Anästhesie und dem Umfang der Aufklärung – dies kann dadurch erklärt werden, dass tendenziell ängstliche Patienten genau informiert werden möchten um vielleicht die Risiken besser abschätzen zu können und durch die detaillierten Informationen die Angst zu minimieren.

4.6. ANDERE PUBLIZIERTE BEFRAGUNGEN

Bereits in den 90ziger Jahren wurden verschiedene Befragungen [2, 20, 31, 37] zu dem von Patienten gewünschten Umfang des anästhesiologischen Aufklärungsgespräches durchgeführt. Dabei handelt es sich jedoch um internationale Studien, die vom Studiendesign deutlich von unserer Studie abweichen. Die aktuellste Untersuchung zu diesem Thema stammt aus dem Jahr 2004 von Hofer [28]. Aufgrund der überschaubaren Datenlage sollen die 5 relevanten Studien kurz vorgestellt und in Bezug zu unserer Studie gesetzt werden.

4.6.1. HOFER 2004

Bei der 2002 durchgeführten Befragung [28] handelte es sich um eine prospektive Evaluation der Patientenerwartung hinsichtlich des Prämedikationsgespräches und eine Befragung der durchführenden Anästhesisten zum Vergleich.

Die Studie wurde an 2 Spitälern in Zürich, Schweiz durchgeführt. Eingeschlossen wurden Patienten ab 18-70 Jahren mit einfachen elektiven Eingriffen im viszeralchirurgischen, orthopädischen, gynäkologischen oder urologischem Bereich.

Der anonymisierte Fragebogen wurde vor der Prämedikationsvisite durch den Anästhesisten ausgegeben, derselbe Fragebogen wurde auch 35 Fachärzten für Anästhesiologie zum ausfüllen vorgelegt.

Die soziodemographischen Daten wurden von dem prämedizierenden Anästhesisten erfasst, dies beinhaltete Angaben zu Alter/Geschlecht, ASA-Klassifikation, Ausbildung, Versicherungsstatus, Fachgebiet und Art der Anästhesie.

Der Fragebogen umfasste 48 Fragen zu folgenden Themen: präoperative Befindlichkeit, Informationsquellen, Erwartungen an die Visite, Aufklärung über den perioperativen Ablauf der Anästhesie, Risiken und mögliche Komplikationen.

Die Antwortmöglichkeiten wurden in einer 4-stufigen Likert-Skala angeboten („trifft ganz zu“, „trifft eher zu“, „trifft eher nicht zu“, „trifft nicht zu“)

Insgesamt wurden 200 Patienten befragt.

In den Ergebnissen zeigte sich hinsichtlich der präoperativen Befindlichkeit, dass die Patienten zwischen Angst vor der Anästhesie, der OP und vor postoperativen Schmerzen nur

wenig differenzierten. Hier fiel auf, dass die befragten Anästhesisten diese Angst deutlich höher einschätzten.

Die Frage zur Informationsgewinnung im Vorfeld wurden ähnlich wie in unserer Studie beantwortet: Auch hier spielten Freunde/Bekannte und die Medien nur eine untergeordnete Rolle. Interessant im Vergleich mit der Meinung der Anästhesisten ist, dass diese das Patientenwissen deutlich niedriger einstufen.

Hinsichtlich der Rahmenbedingungen (Zeit und Privatsphäre) entsprechen die Ergebnisse denen unserer Studie: Die Rahmenbedingungen spielten im Vergleich zu den Erwartungen an den Anästhesisten eher eine untergeordnete Rolle.

Auch die Angaben der Patienten zur Aufklärung über spezielle inhaltliche Details stimmen mit den Antworten unserer Patienten größtenteils überein. Hier wurde besonders die Aufklärung über Übelkeit/Erbrechen, Schmerzen, Nervenschäden, Awareness und Zahnschäden gewünscht.

Da der Fragebogen von Hofer als Grundlage unserer Patientenbefragung diente, kann diese Studie am ehesten zum direkten Vergleich herangezogen werden. Jedoch unterscheidet sich das ausgewählte Patientenkontingent (n=200, einfache, elektive Eingriffe, überwiegend ASA I und II – Patienten, 4 Fachbereiche, davon 46% orthopädische Patienten) deutlich von dem Patientenspektrum in unserer Studie. Hinzufügend lag ein weiterer Schwerpunkt der Studie auf dem Vergleich der Patientenangaben mit der Meinung von Anästhesisten, so dass ein direkter Vergleich nur eingeschränkt möglich ist.

4.6.2. LONSDALE 1991

Die bereits 1991 in Kanada und Schottland durchgeführte Befragung [37] beschäftigte sich mit dem Informationsbedarf seitens der Patienten hinsichtlich der Anästhesie in der präoperativen Phase. Befragt wurden zum einen Patienten des McMaster University Medical Centers in Hamilton, Kanada und zum anderen des Ninewells Hospital in Dundee, Schottland. Bei beiden Häusern handelt es sich um Lehrkrankenhäuser. Der Fragebogen war in beiden Häusern bis auf kleine medizinspezifische Ausdrücke identisch.

Die Ausgabe der Fragebögen erfolgte präoperativ. An demographischen Faktoren wurde das Alter, Geschlecht und die Anzahl der Voroperationen abgefragt. Eine Dokumentation des Befragungszeitraumes, der konkreten Einschlusskriterien bzw. des Rücklaufs erfolgte nicht.

Der Fragebogen umfasste 13 Fragen in denen der Informationsbedarf bezüglich Anästhesie - Methoden, Möglichkeiten der Prämedikation, Medikation während der Anästhesie, postoperative Schmerzen und deren Behandlung, peri- und postoperatives Management,

und Komplikationen abgefragt wurde. Die Patienten hatten mit den Antwortmöglichkeiten „prefer not to know“, „like to know“, „have a right to know“ 2 positive und eine negative Auswahlmöglichkeit. In der Ergebnisauswertung wurden die positiven Antworten zusammengefasst und ausgewertet.

Als 14. Frage sollte die Aussage bewertet werden, inwiefern es den Patienten wichtig ist, dass sie den durchführenden Anästhesisten vor der Anästhesie kennenlernen. Auch hier lagen die Antwortmöglichkeiten zugunsten der positiven Aussage: „prefer not to meet them“, „like to meet them“, „have a right to meet them“.

In Kanada konnten 138 Fragebögen, in Schottland 49 Fragebögen gewonnen werden.

Auf kanadischer Seite lag die Geschlechterverteilung deutlich zugunsten des weiblichen Geschlechts: 103 der 138 Fragebögen (74,6%) wurden von Frauen ausgefüllt. In Schottland entsprach der Anteil weiblicher Patienten mit 44,9% (22 Fragebögen) eher der Verteilung unserer Studie.

Auffallend an den Ergebnissen war, dass die kanadischen Patienten einen deutlich höheren Informationsbedarf haben als die schottischen Patienten.

In Schottland rangieren die positiven Aussagen zum Informationsbedarf zwischen 40% -77%. Hier gaben 77% der Patienten an, dass es Ihnen wichtig sei, den durchführenden Anästhesisten vorher zu treffen, 77% wollten auch zum Thema Schmerzen und Schmerzbehandlung aufgeklärt werden – dagegen interessierten sich nur 40% für gefährliche und nur 43% für alle möglichen Komplikationen. Über häufigere Komplikationen wollten immerhin 59% und über alternative Anästhesie-Methoden 61% aufgeklärt werden.

Bei den kanadischen Patienten verteilen sich die positiven Antworten auf einer Skala zwischen 93 und 66%: 93% der Patienten möchten 1. den Anästhesisten vor der OP treffen und 2. genaue Informationen zur Nüchternheit.

Auch hier ist der Informationsbedarf zu allen bzw. gefährlichen Komplikationen mit 72% und 66% deutlich geringer.

Auch Themen wie „Schmerzen und Schmerzbehandlung“ (88%), „alternative Anästhesiemethoden“ (85%) und „häufige Komplikationen“ (85%) stehen hier deutlicher im Fokus der Patienten.

Hinsichtlich der statistischen Auswertung fällt auf, dass in beiden Ländern jüngere Patienten (< 50 Jahre) und in Kanada v. a. weibliche Patienten einen höheren Informationsbedarf äußerten. Bezüglich der Anzahl der Voroperationen gab es keine signifikante Korrelation.

Ein Vergleich mit unserer Studie ist aufgrund des ausgewählten Patientenlientels, der deutlich geringeren Stichprobengröße und der Strukturierung des Fragebogens nur sehr schwer möglich. Insbesondere die Ergebnisse der Befragung aus Schottland sind aufgrund der geringen Fallzahl und fehlender Ein- und Ausschlusskriterien möglicherweise

systematisch oder zufällig verzerrt. Hinzukommen die in der Studie nachgewiesenen kulturellen Unterschiede, die eine Übertragung auf deutsche Patienten zusätzlich erschwert.

4.6.3. FARNILL 1994

Basierend auf dem Studiendesign von Lonsdale et. al. [37]. wurde 1993 im Manly Hospital, Sydney eine ähnliche Patientenbefragung [20] durchgeführt.

Bei diesem Krankenhaus handelt es sich um ein mittelgroßes Stadtkrankenhaus. Wie die Rekrutierung der Patienten erfolgte ist unklar.

An dieser Befragung nahmen 40 Patienten teil (Durchschnittsalter 46 Jahre, ASA I und II, 29 Frauen, 11 Männer)

In den Ergebnissen fällt auf, dass australische Patienten ein ähnlich hohes Informationsbedürfnis haben wie kanadische Patienten. Die Skala der positiven Antworten rangiert von 97% (Nüchternheit, Aufstehen nach der OP) bis 82% (gefährliche Komplikationen, Details zu Infusionen und örtlichen Rahmenbedingungen)

Auffallend ist hierbei, dass das Informationsbedürfnis zu allen möglichen Komplikationen mit 92% deutlich höher ist als in der kanadischen und schottischen Befragung.

Aufgrund der schon in 4.6.2. Lonsdale et. al. genannten Differenzen zu unserer Studie (mittelgroßes Krankenhaus, ausgewähltes Patienten Klientel, fehlende Einschlusskriterien, Größe der Studienpopulation, fehlende Angaben zu demographischen Faktoren/Fachbereichen) ist ein direkter Vergleich nicht möglich. Die Studienergebnisse bestärken darüber hinaus den kulturellen Einfluss auf das Erwartungsverhalten der Patienten und zeigen deutlich, dass eine Übertragung auf deutsche Verhältnisse ohne Weiteres nicht möglich ist.

4.6.4. KAIN 1997

1997 führte Kain [31] am Department of Pediatrics der Yale University School of Medicine, New Haven eine Befragung auf Grundlage des Fragebogens von Lonsdale et. al. durch.

Die Befragung unterschied sich von Lonsdale et. al. [37] in 2 Punkten:

1. das befragte Zielklientel – hier wurden u. a. auch Eltern von behandelten Kindern befragt

2. die erhobenen demographischen Parameter.

Dies ist der wesentliche Unterschied zur Lonsdale – Studie, da hier neben Alter, ethischer Zugehörigkeit, Geschlecht, sozialem Beziehungsstatus, Bildungsniveau, Jahreseinkommen und Vorerfahrungen mit Anästhesie-Behandlungen und Krankenhausaufenthalten auch 2 Fragebögen zu Angsterfassung und Coping-Prozess erhoben wurden.

Mit der Erhebung dieser Fragebögen (State Trait Anxiety Inventory, STAI und Stressful Situation Coping Instrument, SSCI) sollte gezielt die Korrelation zwischen Angst bzw. genutzten Coping-Prozessen und dem Informationsbedürfnis der Patienten objektiviert werden.

Insgesamt wurden 197 Patienten befragt, davon sind 65% Frauen. Das Durchschnittsalter ist mit 36 Jahren angegeben.

Das Informationsbedürfnis wird ähnlich hoch wie bei Lonsdale et. al. angegeben. Bezüglich der ethischen Herkunft fällt auf, dass vor allem Patienten lateinamerikanischer Abstammung ein geringeres Informationsbedürfnis haben. Dagegen haben weibliche Patienten, Eltern von behandelten Kindern, Patienten europäischer oder afrikanischer Abstammung und verheiratete Patienten ein höheres Informationsbedürfnis.

Bezüglich des SSCI ergibt sich eine Korrelation zwischen der „active cognitive coping technique“ (hier Auseinandersetzung mit der geplanten Anästhesie mit Hilfe aktiver Informationssuche) und einem erhöhten Informationsbedarf.

Insgesamt fällt auf, dass das Durchschnittsalter der Patienten im Verhältnis zu den anderen Befragungen relativ niedrig ist und dieser Faktor das insgesamt hohe Informationsbedürfnis der Patienten in dieser Studie begründet.

4.6.5. BUGGE 1998

Ebenfalls basierend auf dem Fragebogen von Lonsdale et. al. wurde 1998 in Dänemark (Sundby, Kopenhagen und Slagelse Hospital, Slagelse) eine Befragung [2] mit 208 Patienten durchgeführt.

An demographischen Faktoren wurden das Alter, Geschlecht, ASA-Klassifikation, Berufsbildung, ethnische Herkunft, Anzahl der Vornarkosen und Art der geplanten Anästhesie erhoben.

Der Fragebogen von Lonsdale et. al. wurde ins Dänische übersetzt und unverändert für diese Studie genutzt.

Das Durchschnittsalter der Patienten betrug 50 Jahre, die Geschlechterverteilung war ausgeglichen.

Vergleicht man die Ergebnisse mit denen von Lonsdale et. al. und Farnill et. al. fällt auf, dass dänische Patienten einen niedrigeren Informationsbedarf haben als kanadische und australische Patienten.

84% der Patienten möchten Informationen zu Schmerzen und deren Medikation, 83% gaben an, dass sie Informationen zum Thema Nüchternheit, Aufstehen nach der Narkose und Dauer der Narkose erhalten möchten.

Nur 19% der Patienten möchten Informationen zu gefährlichen Komplikationen, immerhin 33% zu häufigen Komplikationen erhalten.

Für 63% der Befragten ist es wichtig, dass sie den Anästhesisten vorher treffen und 59% möchten über alternative Anästhesiemethoden informiert werden.

Auch hier ist die Übertragbarkeit auf eine deutsche Universitätsklinik nicht ohne Weiteres möglich. Obwohl in dieser Studie deutlich mehr Patienten eingeschlossen und auch soziodemographische Angaben erhoben wurden, ist die Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit den von uns befragten Patienten nicht gegeben.

4.7. FAZIT/ RÜCKSCHLÜSSE FÜR DIE UNIKLINIK FRANKFURT

Die Erwartungen der Patienten zeigen, dass vor allem hinsichtlich des organisatorischen Rahmens Änderungspotential besteht. Dem Wunsch nach einem konkreten Zeitpunkt konnte durch Erhöhung der personellen Ressourcen, durch Einsatz eines zweiten ärztlichen Mitarbeiters sowie einer administrativen Kraft in Funktion einer Arzthelferin entgegen gekommen werden. Eine konkrete Terminvergabe für planbare präoperative Aufklärungsgespräche wird mit der Umstellung der klinikumseigenen Krankenhaussoftware und dem Ausbau des digitalen OP-Plans wahrscheinlich im Jahr 2009 umgesetzt. Bereits jetzt konnte der Anteil der in der Prämedikationsambulanz visitierten Patienten gegenüber den im Anschluss an die Regelarbeitszeit aufgeklärten Patienten durch telefonischen Abruf nach Bekanntgabe des OP-Programms deutlich erhöht werden.

In den dezentral organisierten Arbeitsbereichen lässt sich dies aufgrund der personellen Besetzung schwieriger umsetzen, aufgrund der übersichtlicheren Struktur, der geringeren Patientenzahl und dem höheren Anteil planbarer elektiver Eingriffe entstehen hier weniger zeitliche Engpässe als in der Prämedikationsambulanz.

Ein weiterer Punkt ist die Kompetenz bzw. die Erfahrung des prämedizierenden Anästhesisten. Hier ist es wichtig, dass das Gespräch durch erfahrene Anästhesisten durchgeführt wird, die bei Fragen zum Ablauf bzw. zu Komplikationen und Details über ein deutlich höheres Hintergrundwissen verfügen wie vergleichsweise Berufsanfänger. Unmittelbar nach Analyse der Befragung wurde die Personalplanung für die Prämedikationsambulanz geändert. Ab sofort werden Ärzte erst ab dem 3. Weiterbildungsjahr mit anästhesiologischer Erfahrung in verschiedenen Bereichen für den Dienst in der Prämedikationsambulanz und damit den Großteil der Prämedikationsgespräche eingesetzt.

Die Befragung zeigt auch, dass der gewünschte Umfang des Gespräches sehr unterschiedlich eingeschätzt wird. Es ist zweifelsohne sinnvoll, im Vorfeld z.B. durch eine Arzthelferin ein paar allgemeine Informationen sowie den in der Klinik verwendeten Aufklärungsbogen einzusetzen, allerdings sollte der prämedizierende Anästhesist während des Gespräch aufgrund seiner Erfahrung herausfinden, ob und in welchem Umfang zusätzlicher Informationsbedarf besteht und ob die besprochenen Inhalte auch verständlich vermittelt wurden.

Somit konnte der Dienstleistungsprozess des Prämedikationsgespräches durch systematische strukturelle Änderungen nachhaltig verbessert werden. Im Rahmen eines nun neu zu initiiierenden PDCA-Zyklus' kann nun evaluiert werden, ob der angestrebte Grad der Zufriedenheit bei den Patienten auch erreicht wurde.

5. ZUSAMMENFASSUNG

HINTERGRUND

Ein Großteil der anästhesiologischen Dienstleistung wird vom Patienten häufig nicht wahrgenommen. Dem anästhesiologischen Aufklärungsgespräch kommt daher zur Evaluation der wahrgenommenen Dienstleistungsqualität und der damit verbundenen Reputation des Faches in der Öffentlichkeit eine große Bedeutung zu. Abseits vom medikolegalen Mindeststandard bietet das Aufklärungsgespräch zahlreiche inhaltliche sowie organisatorische Gestaltungsmöglichkeiten. Ziel dieser prospektiven Patientenbefragung war es, im Rahmen des DIN EN ISO 9001:2000 konformen QM-Systems, die Erwartungen der Patienten an das anästhesiologische Aufklärungsgespräch in Hinblick auf die organisatorischen Rahmenbedingungen und inhaltlichen Schwerpunkte zu evaluieren.

MATERIAL UND METHODEN

In einer repräsentativen Umfrage wurden 429 Patientinnen und Patienten der Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie (KAIS) der Goethe-Universität Frankfurt am Main vor Durchführung des Aufklärungsgesprächs in einer anonymisierten schriftlichen Befragung hinsichtlich ihrer persönlichen Angsteinschätzung und zu ihren Erwartungen zu dem Aufklärungsgespräch befragt. Inhalt des Fragebogens waren neben organisatorischen Rahmenbedingungen auch inhaltliche Aspekte wie aufklärungspflichtige Risiken. Anhand einer 4stufigen Likert-Skala konnten die Patienten den von ihnen gewünschten Umfang der Aufklärung einstufen.

ERGEBNISSE

Aufgrund der Erwartungen der Patienten konnten im organisatorischen Bereich Verbesserungspotentiale detektiert und realisiert werden. So wünscht die Mehrheit der Patienten (57%) dass der konkrete Zeitpunkt des Gespräches bekannt ist. Essentielle Anforderungen sind weiterhin, dass der prämedizierende Anästhesist vor allem kompetent und freundlich ist und sich Zeit nehmen kann für das Gespräch. Hinsichtlich der aufklärungspflichtigen Risiken gaben zwischen 53,5% und 70,3% der befragten Patienten an, eine umfassende bzw. bis ins Detail gehende Aufklärung zu erwarten, wobei hier die subjektiv angegebene Angst vor der Anästhesie positiv mit dem gewünschten Umfang des Aufklärungsgesprächs (ρ 0,44-0,53) korreliert.

SCHLUSSFOLGERUNG

Die Ergebnisse der Befragung fanden Eingang in die Gestaltung des Personalplans der Klinik. Sowohl die quantitative als auch qualitative Besetzung der Prämedikationsambulanz wurde optimiert, so dass die Gesprächszeit des Patienten mit dem Arzt insgesamt erhöht werden konnte. Patienten der KAIS mit subjektiv angegebener Angst vor der Narkose haben in der Mehrzahl der Fälle ein erhöhtes Informationsbedürfnis. Dies sollte von den gesprächsführenden ärztlichen Mitarbeitern bei der Durchführung des Gespräches berücksichtigt und im Gespräch ggf. aktiv nachgefragt werden.

6. ABSTRACT

BACKGROUND

Patients generally only notice a fraction of the work involved in providing anesthesia services. Therefore the preanesthetic visit is not only important for the evaluation of perceived service quality but also for the reputation of the profession among the general public. Further to the minimum standards required by law, there are numerous possibilities to vary content and organization to suit differing needs. The aim of this prospective survey was to evaluate patients' expectations concerning the content and the organization of the preanesthetic visit in accordance with the established DIN EN ISO 9001:2000 compliant Quality Management System.

MATERIAL AND METHODS

A representative survey was performed by 429 patients in the Department of Anesthesiology, Intensive Care Medicine and Pain Control, J W Goethe-University Hospital Frankfurt, Germany. Before the preanesthetic visit, patients were asked by means of an anonymous written questionnaire to assess their personal anxiety and expectations. Besides organization, the questionnaire also included questions regarding content and obligatory information on anesthesia-related risks. Patients could classify their personal need for such information on a 4-step Likert-Scale.

RESULTS

The analysis of patients expectations resulted in an improvement in the organization of the preanesthetic visit. The majority of patients (57%) wanted to know the exact time of the visit, while a further essential requirement was regarded as a qualified and friendly anesthetist with sufficient time for the interview.

Concerning anesthesia-related risks, 53.5% - 70.3% of patients desired broad and detailed information, whereby the subjectively reported level of anxiety correlated positively with the desired scope of the interview (ρ 0.44-0.53).

CONCLUSION

The results of the survey were incorporated in the department's staff schedule. The quantitative and the qualitative staff allocation in the preanesthetic visit clinic was optimized, so the general interview time for each patient could be increased. The majority of patients with subjectively reported anxiety regarding the narcosis also had an increased desire for information. The interviewing medical staff should take this into consideration and if necessary ask targeted questions.

7. LITERATURVERZEICHNIS

- [1] Achner, S.: GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000: Anwendungshinweise und Kurzkomentierung, Deutscher Krankenhaus-Verlags-Gesellschaft, Düsseldorf 2000
- [2] Bugge, K., Bertelsen F., et al. (1998). "Patients' desire for information about anaesthesia: Danish attitudes." *Acta Anaesthesiol Scand* 42(1): 91-6.
- [3] Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlich Medizinisch Fachgesellschaften (2007). "Curriculum Ärztliches Qualitätsmanagement, 4. Auflage."
- [4] Bundesärztekammer, K. B., Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlich Medizinisch Fachgesellschaften (2008, 12.10.2007). "Glossar Qualitätssicherung." from <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.120.4716&all=true#Q>.
- [5] Bundesministerium der Justiz (2008). "§135a Verpflichtung zur Qualitätssicherung." Retrieved 08.10.2008, 2008, from http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/___135a.html.
- [6] Bundesministerium der Justiz (2008). "§137 Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung." Retrieved 08.10.2008, 2008, from http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/___137.html.
- [7] Bundesministerium der Justiz (2008). "§ 137a Umsetzung der Qualitätssicherung und Darstellung der Qualität." Retrieved 08.10.2008, 2008, from http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/___137a.html.
- [8] Deming, W. E. (1986). *Out of the crisis*. Cambridge, Mass., Massachusetts Institute of Technology, Center for Advanced Engineering Study.
- [9] Deutsches Institut für Normung. (1992). *Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung : Begriffe ; (identisch mit ISO/DIS 8402 : 1991)*. Berlin, Beuth.
- [10] Deutsches Institut für Normung. (2006). "Qualitätsmanagement DIN EN ISO 9000 ff. Dokumentensammlung." *Ausg. 2006*.
- [11] Deutsches Institut für Normung. Normenausschuß Qualitätsmanagement Statistik und Zertifizierungsgrundlagen. (2000). *Qualitätsmanagementsysteme - Anforderungen : deutsche Norm ; (ISO 9001:2000) ; dreisprachige Fassung EN ISO 9001:2000 = Quality management systems - requirements*. Berlin, Beuth.
- [12] Deutsches Institut für Normung. Normenausschuß Qualitätsmanagement Statistik und Zertifizierungsgrundlagen. (2000). *Qualitätsmanagementsysteme - Leitfaden zur Leistungsverbesserung: deutsche Norm ; (ISO 9004:2000) ; dreisprachige Fassung EN ISO*

9004:2000 = Quality management systems - guidelines for performance improvements. Berlin, Beuth.

[13] Dinkel, M., Schmidt T., et al. (2000). "Patient-oriented anesthesia." *Anaesthesist* 49(12): 1024-9.

[14] Donabedian, A. (1968). "Promoting Quality through Evaluating the Process of Patient Care" *Med Care* (6): No. 3 181-203.

[15] Donabedian, A. (1978). "The Quality of Medical Care" *SCIENCE*, VOL. 200, 26 May 1978: 856-64

[16] Donabedian, A. (1980). *The definition of quality and approaches to its assessment*. Ann Arbor, Mich., Health Administration Press.

[17] Donabedian, A. (1983). "Quality assessment and monitoring. Retrospect and prospect." *Eval Health Prof* 6(3): 363-75.

[18] Eagle, C. J., Davies, J. M. (1993). "Current models of "quality"--an introduction for anaesthetists." *Can J Anaesth* 40(9): 851-62.

[19] El Helou, A. (2003). *Ergebnisse einer prospektiven Studie zur Ermittlung der Patientenzufriedenheit in der Anästhesie als Beitrag zur Qualitätssicherung an einem Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung*. . Jena, Medizinische Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität Jena.

[20] Farnill, D., Inglis S. (1994). "Patients' desire for information about anaesthesia: Australian attitudes." *Anaesthesia* 49(2): 162-4.

[21] Frasch, G. Ed. (1987). *Der Rücklaufprozess bei schriftlichen Befragungen : formale Modelle zur Analyse kollektiver Regelmässigkeiten*. Frankfurt am Main Peter Lang GmbH.

[22] Freise, D. C. (2003). *Teilnahme und Methodik bei Patientenbefragungen*. Köln, Medizinische Fakultät der Universität zu Köln.

[23] Frindt, C.; Blumenstock, G.; Eberlein-Gonska, M. Selbmann, H.-K.: *Stand und Entwicklung des Qualitätsmanagements an deutschen Universitätskliniken 2002*, *Gesund ökon Qual manag* 2003;(8) 280:284

[24] Fung, D., et. al. (1998). „Measuring Patient Satisfaction with Anesthesia Care: A Review of Current Methodology“. *Anesth. Analg.* 1998; 87:1089-98

[25] Garcia-Miguel, F. J., Serrano-Aguilar P. G., et al. (2003). "Preoperative assessment." *Lancet* 362(9397): 1749-57.

[26] Grönroos, C. (1982). "Strategic Management and Marketing in the Service Sector, Research Report No. 8 of the Swedish School of Economics and Business Administration."

- [27] Hessische Krankenhausgesellschaft: Rundschreiben 238/2002, Vereinbarung über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement gemäß § 137 Abs.1 Nr. 1 SGB V
- [28] Hofer, C. K., Ganter, M. T., et al. (2004). "Patients' needs and expectations regarding anaesthesia. A survey on the pre-anaesthetic visit of patients and anaesthesiologists." *Anaesthesist* 53(11): 1061-8.
- [29] Jenkinson, C. et. al. (2002). „Patients’ experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care.“ *Qual. Saf. Health Care* 11: 335-39.
- [30] Kahla-Witzsch, H. A. (2003). *Zertifizierung im Krankenhaus nach DIN EN ISO 9001:2000 : ein Leitfaden*. Stuttgart, Kohlhammer.
- [31] Kain, Z. N., Kosarussavadi B., et al. (1997). "Desire for perioperative information in adult patients: a cross-sectional study." *J Clin Anesth* 9(6): 467-72.
- [32] kassenarzt.de (2007). "PDCA - Zyklus." from <http://www.kassenarzt.de/index.php?nodeId=13857>.
- [33] Kersting, T. (1991). "Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle in der Anästhesie." *Anästhesiologie und Intensivmedizin* 11: 308-314.
- [34] Kersting, T. (1994). "Qualitätssicherung in der Anästhesie." Hrsg. Robert-Bosch-Stiftung, Opderbecke, H.W., ISBN 3-922934-43-9 Gerlingen:Bleicher
- [35] Klawnsky, J. M., Roizen, M. F. (1996). "Current understanding of patients' attitudes toward and preparation for anesthesia: a review." *Anesth Analg* 83(6): 1314-21.
- [36] Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main (2007) *Strukturierter Qualitätsbericht für das Berichtsjahr 2006*.
- [37] Lonsdale, M., Hutchison, G. L. (1991). "Patients' desire for information about anaesthesia. Scottish and Canadian attitudes." *Anaesthesia* 46(5): 410-2.
- [38] Löwer, T., Krier, C., Henn-Beilharz, A. (1993). "Einfluß des Prämedikationsgesprächs auf das präoperative Angstverhalten des Patienten." *Anästhesiologie und Intensivmedizin* 34: 121-126.
- [39] Machin, D., Campbell, M. J. (1987). *Statistical tables for the design of clinical trials*. Oxford [u.a.], Blackwell.
- [40] Messner, T., Ed. (2000). *Verbesserungsprozesse durch Patientenbefragungen im Krankenhaus. Eine empirische Studie zur Verwertung von Patientenbefragungen in deutschen Krankenhäusern*. Marburg, Tectum Verlag.

- [41] Meyer, A., Mattmüller, R. (1987). "Qualität von Dienstleistungen. Entwurf eines praxisorientierten Qualitätsmodells." *Marketing ZFP*(Heft 3): 187-195.
- [42] Opderbecke, H. W. (1991). "Qualitätssicherung im Fachgebiet Anästhesiologie." *Anästhesiologie und Intensivmedizin* 11: 304-307.
- [43] Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., Berry, L. L., and Marketing Science Institute. Research Program. (1984). A conceptual model of service quality and its implications for future research. Cambridge, Mass., Marketing Science Institute.
- [44] Pietsch-Breitfeldt, B., Heizmann G., et al. (2003). Qualität in deutschen Krankenhäusern, Strategien zur Einführung von Qualitätsmanagement : ein Bericht über das Demonstrationsprojekt "Qualitätsmanagement im Krankenhaus" des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung. Baden-Baden, Nomos-Verl.-Ges.
- [45] Rück, H. R. G. (2000). Dienstleistungen in der ökonomischen Theorie. Wiesbaden, Dt. Univ.-Verl. [u.a.].
- [46] Salzwedel, C., Marz S., et al. (2008). "Video-assisted patient education in anaesthesiology : Possibilities and limits of a new procedure for improvement of patient information." *Anaesthesist* 57(6): 546-54.
- [47] Satzinger, W. (2001). Patientenbefragungen in Krankenhäusern : Konzepte, Methoden, Erfahrungen. Sankt Augustin, Asgard Verlag Hippe.
- [48] Shewhart, W. A. (1939). Statistical method from the viewpoint of quality control. Washington,, The Graduate School, The Department of Agriculture.
- [49] Simini, B., Bertolini, G. (2003). "Should same anaesthetist do preoperative anaesthetic visit and give subsequent anaesthetic? Questionnaire survey of anaesthetists." *BMJ* 327(7406): 79-80.
- [50] Snyder-Ramos, S. A., Seintsch, H., Böttiger, B. W., Motsch, J., Martin, E., Bauer, M. (2003). "Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung der Qualität der Narkoseaufklärung." *Anaesthesist* 52(9): 818-829.
- [51] Strametz, R. (2006) Implementierung von Qualitätsmanagementsystemen in Krankenhäusern der höchsten Versorgungsstufe in der Bundesrepublik Deutschland von 2002 bis 2004 : praktische Umsetzung am Beispiel der Universitätsklinik Frankfurt am Main.
- [52] The American Society of Anesthesiologists. Inc. (1963). "New Classification of Physical Status." *Anesthesiology* 24: 111.
- [53] Thierbach, A., Fichtner K., et al. (2003). "Patient's emotional satisfaction with anaesthetic care." *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 38(2): 85-93.

- [54] Williams, O. A. (1993). "Patient knowledge of operative care." *J R Soc Med* 86(6): 328-31.
- [55] Zeithaml, V. A., Parasuraman A., Berry L.L., (1985). "Problems and Strategies in Services Marketing." *Journal of Marketing* 49(2): 33-46.
- [56] Zeithaml, V. A., Berry, Leonard L., Parasuraman, A. and Marketing Science Institute. Research Program. (1987). *Communication and control processes in the delivery of service quality*. Cambridge, Mass., Marketing Science Institute.

8. ANHANG

8.1. MUSTERFRAGEBOGEN



Klinikum der
Johann Wolfgang Goethe – Universität
Frankfurt am Main

Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie

Befragung: Erwartung unserer Patienten

Sehr geehrte Patientin,

Sehr geehrter Patient,

Die Mitarbeiter unserer Klinik möchten Sie bestens versorgen. Ein wichtiger Punkt dabei ist das Aufklärungsgespräch durch den Narkosearzt. Um dieses Gespräch an Ihre Erwartungen noch besser anpassen zu können, führen wir in diesem Monat eine Patientenbefragung durch.

Hierzu brauchen wir Ihre Mithilfe!

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen VOR dem Gespräch mit der Narkoseärztin bzw. dem Narkosearzt vollständig aus, legen Sie ihn in den beigegefügt Umschlag und geben ihn beim Aufklärungsgespräch über die Narkose ab.

Selbstverständlich ist die Teilnahme an der Befragung freiwillig und anonym.

Wir danken für Ihre Unterstützung in unserem Bestreben nach Verbesserung.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. B. Zwißler

Direktor der Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie

Angaben zur Person:

Ihr Alter: ____ Jahre
Ihr Geschlecht: weiblich männlich
Ihr Versicherungsstatus: gesetzlich privat privat zusatzversichert Selbstzahler

Wie viele Anästhesien hatten Sie bereits?

Allgemeinanästhesie (Vollnarkose)	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-3	<input type="checkbox"/> mehr als 3	<input type="checkbox"/> weiß nicht
Rückenmarksnahe Anästhesie	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-3	<input type="checkbox"/> mehr als 3	<input type="checkbox"/> weiß nicht
Periphere Nervenblockaden	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2-3	<input type="checkbox"/> mehr als 3	<input type="checkbox"/> weiß nicht

Hinweis: Aus Platzgründen wird in diesem Fragebogen nur die männliche Form unserer Berufsbezeichnung verwendet. Alle Fragen beziehen sich selbstverständlich auch auf unsere Mitarbeiterinnen und sollen keine Ungleichbehandlung darstellen!

bitte wenden 

Allgemeine Erwartungen:

Allgemeine Erwartungen:	trifft voll zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
Ich habe Angst vor der Anästhesie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe Angst vor der Operation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe Angst vor Schmerzen nach der Operation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vorinformationen:

	trifft voll zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
Ich habe mich im Vorfeld über die Anästhesie informiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(falls zutreffend) Meine Hauptinformationsquelle war	<input type="radio"/> Freunde/ Bekannte	<input type="radio"/> Haus-/ Facharzt	<input type="radio"/> Internet	<input type="radio"/> sonstige: _____

Allgemeine Erwartungen an das Aufklärungsgespräch:

	sehr wichtig	eher wichtig	eher nicht wichtig	nicht wichtig
Ich kenne den genauen Zeitpunkt des Gesprächs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es sollen keine anderen Personen im Raum sein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Angst vor der Anästhesie soll gemindert werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Der Anästhesist, mit dem ich spreche, soll auch die Anästhesie durchführen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Der Anästhesist soll freundlich sein und sich Zeit nehmen für das Gespräch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Der Anästhesist soll kompetent sein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Der Anästhesist soll keine Fachausdrücke verwenden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich erwarte, dass der Anästhesist eine komplette körperliche Untersuchung durchführt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Der Anästhesist soll nur für ihn wichtige Untersuchungen durchführen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Der Anästhesist soll mich zu meiner kompletten Krankengeschichte befragen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Der Anästhesist soll beim Gespräch meine Krankengeschichte kennen und nur wichtige Fragen stellen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich möchte über alle in meinem Fall möglichen Arten von Anästhesie und deren Vor-/Nachteile informiert werden, um gemeinsam mit dem Arzt zu entscheiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich möchte nur über das Verfahren informiert werden, dass der Narkosearzt für das beste hält	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich möchte folgendermaßen informiert werden über...:	bis ins Detail	umfassend	kurz	gar nicht
Ablauf der Narkose und die Vor-/Nachbereitung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allgemeine Risiken und Nebenwirkungen der Narkose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Risiko des Aufwachens während der Narkose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Risiko des Nicht-mehr-Aufwachens (Tod in Narkose)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wahrscheinlichkeit und Risiken der Gabe von Blutprodukten und Fremdblut sparende Maßnahmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Risiko von Schmerzen nach der Operation und deren Behandlungsmöglichkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8.2. ANSCHREIBEN AN KLINIKLEITUNG/PFLEGEDIENSTLEITUNG



Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main

Universitätsklinikum · Theodor-Stern-Kai 7 · 60590 Frankfurt

An die
Pflegedienstleitungen
der operativen Kliniken

per Hauspost

Klinik für Anästhesiologie,
Intensivmedizin und
Schmerztherapie

Direktor:
Prof. Dr. Bernhard Zwißler

Datum: 2008-10-09

Sehr geehrte Pflegedienstleitungen,

im Rahmen unseres Qualitätsmanagement-Systems ist es uns ein wichtiges Anliegen, die Zufriedenheit unserer Patienten sicherzustellen und wenn möglich zu steigern. Um unsere Leistungen optimal auf die Bedürfnisse unserer Patientinnen und Patienten abstimmen zu können, ist es für uns essentiell, die Erwartungen unserer Patientinnen und Patienten genauer kennen zu lernen, um daraus gewonnene Verbesserungspotentiale auszuschöpfen.

Zentraler Bestandteil der von den Patienten wahrgenommenen Dienstleistungsqualität unserer Abteilung ist zweifelsohne das Aufklärungsgespräch zur Narkose. An diesem Punkt wollen wir mit unserer klinikumsweiten dreiwöchigen Patientenbefragung, beginnend ab dem 19.02.2007 ansetzen.

Jede Patientin und jeder Patient, den wir in dieser Zeit für einen elektiven Eingriff auf ein Anästhesieverfahren aufklären, wird von uns gebeten, einen zusätzlichen kurzen Fragebogen hinsichtlich ihrer bzw. seiner Erwartungen auszufüllen. Selbstverständlich findet diese Befragung anonym und auf freiwilliger Basis statt.

Dieser Fragebogen soll gemeinsam mit dem Aufklärungsbogen für das Narkoseverfahren an den Patienten ausgehändigt werden. Da der Aufklärungsbogen für Narkosen in den meisten unserer Arbeitsbereiche von den Pflegekräften auf Station und in den Ambulanzen ausgeteilt wird, bitten wir Sie und Ihre Mitarbeiter um Unterstützung bei unserer Befragung. Um den Aufwand zu minimieren, werden die Fragebögen von den Koordinatoren dieser Befragung direkt vor Ort an die Pflegekräfte übergeben inklusive einem Informationsschreiben (in Anlage). Die prämedizierenden Kolleginnen und Kollegen sorgen für den Rücklauf der Fragebögen. Außerdem stehen die Studienkoordinatoren (erreichbar über Piepser) bei Rückfragen kurzfristig zur Verfügung.

Rückfragen beantworten Ihnen gerne die Qualitätsmanagement-Beauftragten unserer Klinik, die diese Befragung zusammen mit einer Doktorandin ebenfalls koordinieren. Wir möchten Sie bitten, Ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vorweg über den Start der Befragung zu informieren. Für Ihre Unterstützung bedanken wir uns im Voraus!

Mit freundlichen Grüßen

OA Dr. med. D. Piorko,
Qualitätsmanagement-
Beauftragter

Prof. Dr. med. B. Zwißler
Direktor der Klinik für Anästhesiologie,
Intensivmedizin und Schmerztherapie

Gemeinsam mehr wissen, lehren und heilen
(Anlage)

Prof. Dr. B. Zwißler
Tel.: 069/63 01-59 98
Fax: 069/63 01-58 81
E-Mail: bernhard.zwißler@kgu.de

Sekretariat
Frau Haschke
Tel.: 069/63 01-59 98
Fax: 069/63 01-58 81
Kerstin.Haschke@kgu.de

Oberärzte
Tel.: 069/63 01-58 67
Fax: 069/63 01-76 95
Anaesthesie.Uniklinik-Frankfurt@kgu.de

Sekretariat
Frau Guillermo-Jaco
Tel.: 0 69/63 01-58 67
Fax: 0 69/63 01-76 95
Monika.Paulhardt@kgu.de

Pflegedienstleitung
Tel.: 069/63 01-76 96
Fax: 069/63 01-76 95

Intensivstation A1
Tel.: 069/63 01-50 85
Fax: 069/63 01-51 16

Schmerzambulanz
Tel.: 069/63 01-58 70
Fax: 069/63 01-53 55

8.3. ANSCHREIBEN ZUR INFORMATION DER MITARBEITER



Klinikum der
Johann Wolfgang Goethe – Universität
Frankfurt am Main

Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie

Patientenbefragung, 19.02.-09.03.2007

Wichtige Informationen

Bitte geben Sie allen Patienten, die ein Narkoseaufklärungsgepräch für einen geplanten Eingriff bekommen zusammen mit dem Narkoseaufklärungsbogen während des oben genannten Zeitraums einen gelben Erwartungsfragebogen inkl. Umschlag mit der Bitte, diesen auszufüllen, den Bogen in den Umschlag zu falten und den verschlossenen Umschlag der/dem Anästhesistin/en beim Aufklärungsgespräch auszuhändigen.

Ausnahmen:

- ▶ Patient/in hat schon einen solchen Fragebogen ausgefüllt (Wiederholungsnarkose)
- ▶ Notfall (= OP noch am gleichen Tag)
- ▶ minderjährige Patient/in
- ▶ Patient/in ist nicht einwilligungsfähig (z.B. gesetzlich betreute Patienten)
- ▶ Patient/in lehnt die Teilnahme ab

Für Rückfragen, Anregungen oder bei fehlenden Fragebögen:

Piepser 18-0269

Besten Dank für Ihre Unterstützung!

Reinhard Strametz
QMB, KAIS

8.4. DOKUMENTATION DER RÜCKLAUFQUOTE



Klinikum der
Johann Wolfgang Goethe – Universität
Frankfurt am Main

Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie

Patientenbefragung, 19.02.-09.03.2007

Rücklaufquotenberechnung

Arbeitsbereich: _____

Datum: _____

Visitierte Patienten: _____

Erhaltene Fragebögen: _____

Gründe für Nichtbefragung: (bitte nur ein Kreuz, es zählt der erste Grund)

Grund	Anzahl nicht befragter Patienten
_____ Patient/in ist minderjährig	_____
_____ Patient/in ist ein Notfall (=OP am selben Tag)	_____
_____ Patient/in ist nicht einwilligungsfähig	_____
_____ Patient/in wurde schon befragt (Wiederholungsnarkose)	_____
_____ keine ausreichenden Deutschkenntnisse	_____
_____ Patient/in lehnt Teilnahme ab	_____

Datum _____

Unterschrift _____

8.5. DOKUMENTATION DES RÜCKLAUFS IM ZENTRAL – OP HAUS 23



Klinikum der
Johann Wolfgang Goethe – Universität
Frankfurt am Main

Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie

Rücklauf Zentral – OP Mittagsbesprechung

Datum:

	CHIR Abdo	CHIR THG	CHIR Trauma	CHIR Gefäß	CHIR Uro	sonstiges
Visitierte Patienten						
Fragebögen						
Wdh.narkose						
Notfall						
< 18 J						
Betreute Patienten						
Mangelnde Deutsch- kenntnisse						
Sonstige						

8.6. AUSHANG POSTER PRÄMEDIKATIONSAMBULANZ

Klinikum der
Johann Wolfgang Goethe-Universität
Frankfurt am Main

Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie

Erwartung unserer Patienten an das Narkoseaufklärungsgespräch

Sehr geehrte Patientin/Sehr geehrter Patient,

Die Mitarbeiter unserer Klinik möchten Sie bestens versorgen. Ein wichtiger Punkt dabei ist das Aufklärungsgespräch durch den Narkosearzt. Um dieses Gespräch an Ihre Erwartungen noch besser anpassen zu können, führen wir in diesem Monat eine Patientenbefragung durch.

Hierzu brauchen wir Ihre Mithilfe!

Bitte füllen Sie den ausliegenden Bogen aus, wenn:

- Sie im Anschluss ein Narkoseaufklärungsgespräch für eine Narkose in den nächsten Tagen oder Wochen führen werden

Sie brauchen den Bogen nicht auszufüllen, wenn:

- Ihr Kind eine Narkose bekommt und unter 18 Jahren alt ist

- Sie der gesetzliche Betreuer eines Patienten sind

es sich um einen Notfall handelt (OP am gleichen Tag)

- Sie die Teilnahme ablehnen

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen VOR dem Gespräch mit dem Narkosearztin bzw. dem Narkoseärztin vollständig aus, legen Sie ihn in den beigefügten Umschlag und geben ihn beim Aufklärungsgespräch über die Narkose ab.

Selbstverständlich ist die Teilnahme an der Befragung freiwillig und anonym.

Wir danken für Ihre Unterstützung in unserem Bestreben nach Verbesserung.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. E. Zwißler

Direktor der Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie

1.



2.



3.



9. SCHRIFTLICHE ERKLÄRUNG

Ich erkläre, dass ich die dem Fachbereich Medizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main zur Promotionsprüfung eingereichte Dissertation mit dem Titel

Erwartungen der Patienten an das anästhesiologische Aufklärungsgespräch.

Eine Patientenbefragung im Rahmen der Qualitätssicherung am Universitätsklinikum Frankfurt am Main

in der Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie

unter Betreuung und Anleitung von Herrn PD Dr. med. C. Byhahn

mit Unterstützung durch Herrn Dr. med. R. Strametz

ohne sonstige Hilfe selbst durchgeführt und bei der Abfassung der Arbeit keine anderen als die in der Dissertation angeführten Hilfsmittel benutzt habe.

Ich habe bisher an keiner in- und ausländischen Universität ein Gesuch um Zulassung zur Promotion eingereicht.

Die vorliegende Arbeit wurde bisher nicht als Dissertation eingereicht.

Frankfurt am Main, im April 2009

Anja Koppe