

# Patientenbefragung Rehabilitation

## Routinemonitoring – Benchmarking – Klinikvergleiche

R. Nübling, D. Kriz und J. Schmidt

Januar 2012

### Hintergrund

Im Gesundheitswesen ist seit einigen Jahren, u.a. aufgrund gesundheitspolitischer und -ökonomischer Entwicklungen eine zunehmende Marktorientierung der Leistungsträger und Leistungserbringer zu beobachten. Die gestiegenen Anforderungen des Marktes führen zu mehr Wettbewerbsorientierung und damit einhergehend zu verstärkten Bemühungen um Verbesserung der Versorgungsangebote bei gleichzeitiger Kostenkontrolle.

Unter diesen Voraussetzungen hat die Patientenorientierung für Evaluation, Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement im Rahmen der medizinischen Versorgung eine immer stärkere Bedeutung gewonnen. Es ist daher folgerichtig, dass die Bewertung behandlungsbezogener Aspekte durch die Patienten mittlerweile als ein eigenständiger Qualitätsindikator gesehen wird. Am Patientenurteil orientierte Qualitätsverbesserungen sind in allen relevanten Qualitätsmanagementmodellen (EFQM, DEGEMED, KTQ, IQMP etc.) gefordert. Die Erfassung der Zufriedenheit mit dem Behandlungsprozess und -ergebnis aus Sicht der Patienten ist auch wesentlicher Bestandteil der externen Qualitätssicherungsprogramme in der medizinischen Rehabilitation (5-Punkte-Programm der Rentenversicherung, QS-Programm der Gesetzlichen Krankenkassen; vgl. Nübling et al., 2007, Schmidt et al., 2011).

### Ziele

Kontinuierlich durchgeführte Patientenbefragungen bieten einen wichtigen Input für die Evaluation und Steuerung qualitätsrelevanter Prozesse. Die Ergebnisse solcher Befragungen geben Hinweise auf den Ist-Zustand verschiedener Leistungsaspekte und beeinflussen auch Belegung und Reputation einer Klinik. Weiterhin können sie als Bestandteil eines Kennzahlensystems (Balanced Scorecard) im Rahmen des strategischen Managements in einzelnen Kliniken sowie im Verbund mehrerer Kliniken im Sinne eines Benchmarkings nutzbar gemacht werden.

### Methodik

Ein im Rahmen des Qualitätssicherungsprogramms der Deutschen Rentenversicherung entwickelter Patientenfragebogen (Spyra et al., 2006 Müller-Fahrnow et al., 2005, 2006) wird routinemäßig seit 2004 in derzeit insgesamt 50 Rehabilitationskliniken unterschiedlicher Indikationsbereiche (Orthopädie, Kardiologie, Onkologie, Psychosomatik) im Auftrag von privaten und kommunalen Klinikträgern sowie mehreren regionalen Rentenversicherungsträgern mit jährlich ca. eingesetzt. Der Fragebogen wird von den behandelten Patienten zum Entlasszeitpunkt (kontinuierliche Vollerhebung) ausgefüllt und liegt aktuell von ca. 100.000 Patienten jährlich vor.

Eine ähnliche Patientenbefragung wurde von den Autoren bereits zu Beginn der 1990er Jahre im Rahmen

ihrer Tätigkeit für ein privates Institut entwickelt und ebenfalls an mehreren 10.000 Patienten erprobt (vgl. Steffanowski et al., 2006, Nübling et al., 2007).

Das dort beschriebene theoretische und auswertungsbezogene Rational liegt auch dem heute eingesetzten Bogen zu Grunde, es kann vom Prinzip her auch auf jeden anderen Patientenfragebogen übertragen werden. Eine vergleichbare Konzeption zur Befragung von Angehörigen Pflegebedürftiger wurde ebenfalls von den Autoren entwickelt und als jährliche Routinebefragung in derzeit über 50 Einrichtungen der stationären (Alten-) Pflege implementiert (Nübling et al., 2004a, b, Kriz et al., 2006a).

In der Papierversion werden die ausgefüllten Bögen über Scanner in eine Datenbank eingelesen. Alternativ ist auch – bei entsprechender technischer Ausstattung der Einrichtung – eine Online-Dateneingabe durch die Patienten in der Klinik über PC oder Handheld möglich. Zur Auswertung und Berichterstellung wurde eine spezielle Software entwickelt, die Ergebnisberichte in HTML- und PDF-Form erstellt. Hierdurch ist eine zeitnahe elektronische Datenverarbeitung und Rückmeldung an die Auftraggeber gewährleistet.

Dr. Rüdiger Nübling, Dr. David Kriz,  
Dr. Jürgen Schmidt, Diplom-Psychologen

**GfQG**  
Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen GbR  
Wendtstr. 1, 76185 Karlsruhe,  
Tel. 0721/ 89337040, Fax: 03212 - 3528686  
email Erstautor: nuebling@gfqq.de  
Web: www.gfqq.de

Die Ergebnisse werden nach Auswertung der Daten im regelmäßigen Turnus (monatlich, vierteljährlich, jährlich) an die Kliniken bzw. an Träger (Einzel- und einrichtungsvergleichende Berichte) innerhalb von ca. 3 Wochen nach Eingang der letzten Fragebögen eines definierten Zeitraumes rückgemeldet.

Das Instrument besteht schwerpunktmäßig aus einem für alle Indikationsbereiche identischen klinikübergreifenden Teil, der einen Klinikvergleich ermöglicht. Abbildung 1 zeigt hierzu beispielhaft einen Ausschnitt aus dem Fragebogen für den Qualitätsbereich „Pflegerische Betreuung“. In einem gesonderten Teil des Fragebogens sind klinikspezifische Aspekte, wie Fragen zur Inanspruchnahme und Bewertung einzelner Therapiemaßnahmen, zusammengefasst. Dieser klinikspezifische Teil wird bei Änderungen im therapeutischen Angebot entsprechend angepasst.

Erfasst werden Indikatoren der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Außerdem enthält der Fragebogen die globale Patientenzufriedenheitsskala ZUF-8 (Schmidt et al. 1987, 1994, Schmidt & Nübling 2002, Schmidt, 2008, Kriz et al. 2008a), der als Schnittstelle zu einer Vielzahl von Evaluationsstudien sowie zu anderen Routineerhebungen im Gesundheitswesen dienen kann (vgl. ebd.). Die Einzelfragen („Qualitätsindikatoren“) sind so aufgebaut, dass der Patient auf einer mehrstufigen Antwortskala den Grad seiner Zustimmung angeben bzw. seine Bewertung vornehmen kann. Die Bearbeitungszeit für die Patienten beträgt ca. 10 Minuten.

Die Qualitätsindikatoren (Ebene 1) werden in folgende Qualitätsbereiche (Ebene 2; Skalen) zusammengefasst: Ärztliche, Pflegerische und Psychologische Betreuung, Behandlungsmaßnahmen, Schulungen, Sozial- und Berufsberatung, Rehabilitationsthemen, Ablauf der Rehabilitation, Unterbringung, Verpflegung, Organisation, Freizeitgestaltung, Nachsorgevorbereitung, Gesundheitszustand und allgemeine Bewertung (vgl. Abbildung 2).

Die klinikübergreifenden Skalen bestehen aus 2 bis 6 Einzelitems, die klinikspezifischen Skalen in Abhängigkeit vom Angebot der jeweiligen Klinik aus bis zu 15 Merkmalen. Eine testmethodische Überprüfung des Fragebogens einschließlich Gütekriterien findet sich bei Spyra et al. (2006).

<b>5. Pflegerische Betreuung während der Reha (Krankenschwester/-pfleger)</b>	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft eher nicht zu	Teils, teils	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu
5.1 Der Umfang der pflegerischen Betreuung war genau richtig für mich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2 Von den Pflegekräften fühlte ich mich fachlich sehr gut betreut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3 Die Pflegekräfte waren sehr einfühlsam und verständnisvoll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4 Die Pflegekräfte haben mich genau informiert und angeleitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Abb. 1: Ausschnitt Patientenfragebogen, Qualitätsbereich „Pflegerische Betreuung“**

<b>1. Ebene Qualitätsindikatoren</b>	<b>2. Ebene Qualitätsbereiche</b>	<b>3. Ebene Multipler Qualitätsindex</b>
<b>Konkrete Einzelfragen (Beispielitems)</b>	<b>Subskalen mit MQI- Gewichtung</b>	<b>MQI- Gesamtskala</b>
Arzt war einfühlsam, verständlich, hat richtige Behandlung veranlasst Pflege fachlich gut betreut, einfühlsam, Umfang der Betreuung angemessen Psychologe einfühlsam, verständlich, Richtige Art von Gespräch geführt <b>Klinikspezifisch</b> , z.B. Einzelgespräche, Gruppentherapie, Familiengespräche, Training sozialer Fertigkeiten, Körperorientierte Therapie, Ergo-, Kunst-, Sport- und Bewegungstherapie, Entspannung, Krankengymnastik, Physikalische Anwendungen Gesundheitsbezogene Vorträge, Krankheitsbezogene Schulungen, Lehrküche, Ernährungsberatung Sozialberatung, Behandlungsförderung, Situation am Arbeitsplatz Ziele gemeinsam festlegen, Zielerreichung besprechen, Umgang mit Krankheitsproblemen im Alltag Zeit bis Aufnahmeuntersuchung, Zeit bis Therapiebeginn, Ausfall von Behandlungen, Therapeutenwechsel Ausstattung, Reinigung Zimmer, Aufenthaltsräume der Klinik Frühstück, Mittagessen, Abendessen, Service im Speisesaal, Cafeteria Freizeitangebot, Informationen zum Freizeitangebot Terminplanung, Rezeption, Organisation Abläufe, Fahrdienst Vorbereitung auf die Zeit nach der Reha, Nützliche Empfehlungen, Informationen über Nachsorgeprogramme Richtige Klinik ausgesucht, Zufriedenheit insgesamt, Wieder in Klinik kommen, Klinik weiterempfehlen Gesundheitszustand aktuell, Gesundheitliche Veränderungen	<b>Ärztliche Betreuung, 9%</b> <b>Pflegerische Betreuung, 5%</b> <b>Psychologische Betreuung, 4%</b> <b>Behandlungsmaßnahmen, 10%</b>  <b>Schulungen, 7%</b>  <b>Beratungen, 3%</b>  <b>Rehabilitationsthemen, 7%</b>  <b>Ablauf der Rehabilitation, 3%</b>  <b>Räumlichkeiten, 7%</b>  <b>Verpflegung, 7%</b>  <b>Freizeit, 7%</b>  <b>Organisation, 9%</b>  <b>Nachsorge, 7%</b>  <b>Allgemeine Bewertung, 11%</b>  <b>Situation am Ende der Reha, 4%</b>	<b>MQI</b>

**Abb. 2: Hierarchischer Aufbau der Patientenbefragung**

Die Qualitätsbereiche werden gewichtet zu der Globalskala MQI („Multipler Qualitätsindex“; Ebene 3) zusammengefasst. Die Konzeption des Instrumentes entspricht somit einem hierarchischen Aufbau mit drei Ebenen. Das aus Qualitätsindikatoren, Qualitätsbereichen und dem multiplen Qualitätsindex zusammengesetzte Modell wurde auf der Basis von statistischen Analysen an einer Stichprobe von ca. 15.000 Patienten überprüft (Steffanowski et al., 2006).

Zur Bestimmung der in Abbildung 3 wiedergegebenen Skalen der Ebene 2 wurden über alle Einzelqualitätskriterien Faktorenanalysen berechnet. Die Gewichtung der Qualitätsbereiche für den MQI erfolgte über eine multiple Regressionsanalyse mit der globalen Patientenzufriedenheit (ZUF-8) als Kriterium.

### Ergebnisrückmeldung: Quartalsvergleiche

Das für die Berichterstellung und Rückmeldung an Einrichtungen und Träger entwickelte Auswertungsprogramm setzt auch für statistische Laien intuitiv lesbare optische Marker für auffällige Bewertungen („Smileys“) und Veränderungen im Vergleich zum vorherigen Beobachtungszeitraum („Pfeile“). Ein exemplarisches Auswertungsbeispiel ist in Abbildung 3 wiedergegeben.

Für die Items und Skalen wird die durchschnittliche Bewertung aller Patienten, die im Beobachtungszeitraum einen Fragebogen ausgefüllt haben, berechnet (1 = sehr gut bis 5 = sehr schlecht). Dabei werden Mittelwerte (M) zwischen 1,0 und 1,5 als „sehr gute“ Ergebnisse definiert (dunkelgrün), M zwischen 1,6 und 2,0 als

„gute“ Ergebnisse (hellgrün) und M zwischen 2,1 und 2,5 als noch „zufriedenstellend“ (gelb). Als „Kritischer Schwellenwert“ wurde ein M von 2,5 definiert; er kennzeichnet im Sinne eines Auffälligkeitssignals den Beginn eines Warnbereichs (2,5 bis 3,0; orange). Mittelwerte über 3,0 werden als Hinweise für „gravierende Qualitätsprobleme“ (rot) interpretiert.

Der Bewertungsmaßstab ist bewusst streng gewählt. Bereits bei der Kategorie „mittelmäßig“ (Wert 3,0) kann davon ausgegangen werden, dass ein beträchtlicher Teil der Patienten mit dem betreffenden Beurteilungsaspekt unzufrieden ist. Neben dem Mittelwert wird auch der prozentuale Anteil positiver Beurteilungen mitgeteilt („sehr gut“ oder „gut“ angekreuzt). Dieser nimmt bei Mittelwerten zwischen 2,1 und 2,5 bereits rasch ab und reagiert damit sensibel auf Qualitätsverschlechterungen.

Beurteilungsaspekt	1. Quartal			2. Quartal			Vergleich		
	N	Bewertung		n	Bewertung		Trend		
Ärztliche Betreuung	192	1.6	😊 88%	187	1.5	😊 91%	0.1	△	+3%
Pflegerische Betreuung	190	1.4	😊 92%	185	1.3	😊 95%	0.1	▲	+3%
Psychologische Betreuung	70	1.8	😊 84%	75	1.8	😊 84%	0.0	=	0%
Behandlungsmaßnahmen	185	1.7	😊 90%	181	1.5	😊 94%	0.2	▲	+4%
Vorträge und Schulungen	124	1.9	😊 89%	113	1.9	😊 89%	0.0	=	0%
Sozial- und Berufsberatung	24	1.9	😊 90%	27	2.0	😊 86%	0.1	▽	-4%
Rehabilitationsthemen	119	3.1	☹️ 38%	116	2.5	😐 53%	0.6	▲	+15%
Rehabilitationsablauf	172	1.7	😊 88%	167	1.7	😊 89%	0.0	=	+1%
Unterbringung	183	1.8	😊 89%	179	1.8	😊 90%	0.0	=	+1%
Verpflegung	185	1.7	😊 90%	184	1.6	😊 94%	0.1	△	+4%
Organisation und Service	174	1.8	😊 94%	178	1.7	😊 95%	0.1	△	+1%
Freizeitgestaltung	152	2.8	😞 49%	141	2.3	😐 63%	0.4	▲	+14%
Nachsorgevorbereitung	136	2.4	😐 62%	143	2.2	😐 74%	0.2	▲	+8%
Gesundheitszustand	181	2.1	😐 71%	179	1.9	😊 79%	0.2	▲	+8%
Allgemeine Bewertung	182	1.6	😊 89%	177	1.4	😊 92%	0.2	▲	+3%
<b>Multipler Qualitäts-Index</b>	<b>190</b>	<b>1.9</b>	<b>😊 81%</b>	<b>186</b>	<b>1.7</b>	<b>😊 85%</b>	<b>0.2</b>	<b>▲</b>	<b>+4%</b>

Abb. 3: Ergebnisrückmeldung: Quartalsvergleiche auf Skalenebene

Statistisch signifikante Veränderungen im Vergleich zum vorherigen Beobachtungszeitraum werden durch Pfeile markiert, die Richtung (nach oben: Verbesserung, nach unten: Verschlechterung) und Größe (einfacher Pfeil: ab 0,1 Notenpunkte, doppelter Pfeil: ab 0,3 Notenpunkte) der Veränderung wiedergeben.

Die Ergebnisberichte enthalten auch eine detaillierte Darstellung aller Einzelbewertungen (höchster Auflösungsgrad), geordnet nach Qualitätsbereichen. Während die Rückmeldungen auf den höheren Aggregationsstufen 2 und 3 dem Klinik- und Qualitätsmanagement zur Übersicht und Orientierung über Einrichtungen dienen können, liefern die Daten der untersten Ebene 1 konkrete Anhaltspunkte für Qualitätsverbesserungen.

Abbildung 4 zeigt exemplarisch die Befragungsergebnisse für die Skala „Pflegerische Betreuung“ im Detail. Für alle Einzelindikatoren dieses Qualitätsbereichs ergibt sich im gewählten Beispiel eine statistisch signifikant bessere Bewertung im Vergleich zum vorherigen Quartal.

Beurteilungsaspekt	1. Quartal			2. Quartal			Vergleich		
	n	Bewertung		n	Bewertung		Trend		
Pflege Umfang angemessen	189	1.6	😊 87%	182	1.4	😊 91%	0.2	▲	+4%
Pflege immer da wenn nötig	187	1.4	😊 95%	184	1.3	😊 97%	0.1	▲	+2%
Pflege fachlich gut	190	1.4	😊 95%	181	1.3	😊 96%	0.1	▲	+1%
Pflege einfühlsam	183	1.3	😊 94%	180	1.2	😊 97%	0.1	▲	+3%
<b>Pflegerische Betreuung</b>	<b>190</b>	<b>1.4</b>	<b>😊 92%</b>	<b>185</b>	<b>1.3</b>	<b>😊 95%</b>	<b>0.1</b>	<b>▲</b>	<b>+3%</b>

Abb. 4: Ergebnisrückmeldung: Quartalsvergleiche auf Itemebene

## Ergebnisrückmeldung: Verläufe

Zur Veranschaulichung der längerfristigen Entwicklungsdynamik werden Verlaufskurven über längere Zeiträume erstellt (Abbildung 5). Die Art der Visualisierung erlaubt eine Differenzierung zwischen saisonalen Schwankungen und nachhaltigen Qualitätsveränderungen. Die Verlaufsdarstellungen setzen eine fortlaufende Befragung voraus (im Gegensatz zu punktuellen, stichprobenbezogenen Befragungen).

Das Verhältnis zwischen 3-Monatsmittel und 12-Monatsmittel dient dabei als wichtiger Trendindikator. Verläuft die dunkelblaue Kurve für das 3-Monatsmittel oberhalb der hellblauen Kurve für das Jahresmittel, so liegt ein anhaltend positiver Trend vor. Umgekehrt zeigt sich ein anhaltend negativer Trend, wenn das 3-Monatsmittel unter die Jahreskurve fällt. Die Verlaufskurve des MQI zeigt für die hier ausgewählte Rehabilitationsfachklinik einen steten Aufwärtstrend ab dem Jahr 2006, was für eine kontinuierliche qualitative Verbesserung der Behandlung in diesem Zeitraum spricht.

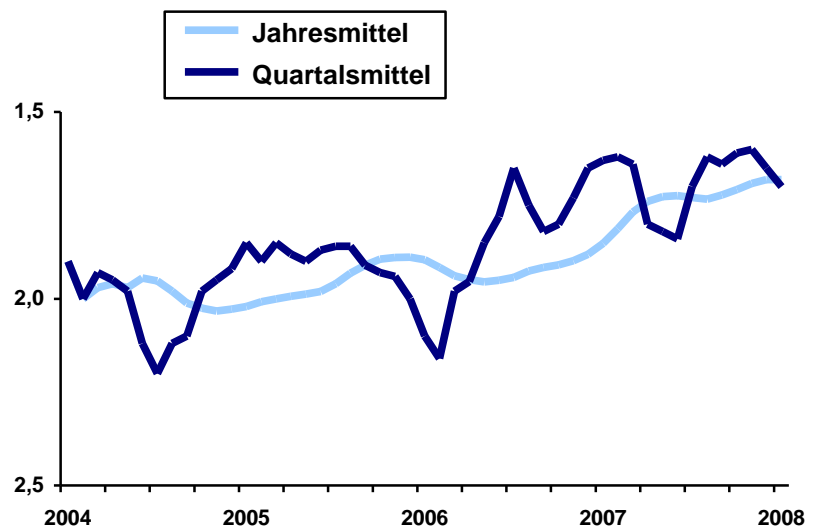


Abb. 5: Multipler Qualitätsindex (MQI) im zeitlichen Verlauf

## Ergebnisrückmeldung: Klinik-/Einrichtungsvergleiche

Zusätzlich können Vergleiche zwischen Einrichtungen vorgenommen und in einem separaten Bericht dargestellt werden. Auswertungen dieses Typs sind besonders für Träger mehrerer Einrichtungen interessant. Ein Vergleich verschiedener Kliniken oder Abteilungen ermöglicht ein „Lernen vom Besten“, indem die aus Patientensicht gut bewerteten Verfahren und Bereiche („Best Practice“) identifiziert und in adaptierter Form von Einrichtungen mit schlechteren Bewertungen übernommen werden (Rundel et al., 2004).

Abbildung 6 zeigt beispielhaft einen Vergleich von neun Rehabilitationskliniken. Um auszuschließen, dass sich die Unterschiede auf Grund unterschiedlicher Patientenstrukturen ergeben (Stichwort: „fairer“ Vergleich), wurden für den Klinikvergleich die Mittelwerte bezüglich der Variablen Alter, Geschlecht und Indikation über eine Case-Mix-Adjustierung korrigiert (vgl. Kriz et al. 2006b). Wie bei den Quartalsvergleichen wurde auch hier auf die intuitive Lesbarkeit der Ergebnisse Wert gelegt, was mit einer entsprechenden Farbgebung realisiert wurde.

Beurteilungsaspekt	Kliniken								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Skala Ärztliche Betreuung	1.2	1.6	1.6	1.6	1.5	1.6	1.3	1.9	1.7
Skala Pflegerische Betreuung	1.4	1.6	1.3	1.3	1.4	1.5	1.0	1.7	1.5
Skala Psychologische Betreuung	1.4	1.9	1.7	1.6	1.7	1.8	1.4	1.8	2.1
Skala Behandlungsmaßnahmen	1.1	1.6	1.5	1.5	1.5	1.6	1.3	1.7	1.6
Skala Vorträge und Schulungen	1.2	1.9	1.7	2.0	1.7	1.8	1.4	2.0	1.9
Skala Sozial- und Berufsberatung	1.1	1.8	1.5	1.6	1.5	1.6	1.2	1.7	1.6
Skala Rehabilitationsthemen	1.2	2.2	2.1	2.1	1.8	2.1	1.3	2.3	1.7
Skala Rehabilitationsablauf	1.2	1.6	1.7	1.4	2.6	2.0	1.2	1.7	1.5
Skala Unterbringung	1.9	1.7	1.8	1.8	2.2	1.9	1.5	1.6	2.0
Skala Verpflegung	1.7	1.7	1.5	1.6	1.4	1.6	1.7	1.7	1.9
Skala Organisation und Service	1.5	1.9	1.4	1.6	2.4	2.0	1.5	1.6	1.7
Skala Freizeitgestaltung	1.4	3.1	1.9	1.9	2.0	1.8	1.6	1.7	1.8
Skala Nachsorgevorbereitung	1.5	2.3	2.2	2.3	2.1	1.7	2.0	1.9	2.0
Skala Gesundheitszustand	1.8	2.2	2.1	2.3	2.2	2.2	2.0	2.3	2.2
Skala Allgemeine Bewertung	1.0	1.8	1.6	1.6	1.4	1.6	1.4	1.8	1.6
<b>Multipler Qualitätsindex (MQI)</b>	<b>1.4</b>	<b>1.9</b>	<b>1.7</b>	<b>1.7</b>	<b>1.8</b>	<b>1.8</b>	<b>1.5</b>	<b>1.8</b>	<b>1.8</b>

1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0
sehr gut		gut		zufriedenstellend		kritisch		sehr kritisch

Abb. 6: Qualitätssynopse (Einrichtungsvergleich, adjustierte Mittelwerte)

### Nutzen für die Klinik

Durch eine fortlaufende Befragung stehen der Klinik aktuelle Daten über Basisindikatoren der Behandlungs- bzw. Ergebnisqualität zur Verfügung. Diese können für den internen QM-Prozess kontinuierlich nutzbar gemacht werden, zum einen, indem auf mögliche Schwachstellen schnell reagiert werden kann, zum anderen auch um entspre-

chend eingeleitete qualitätsverbessernde Maßnahmen evaluieren zu können. Die zeitnahe Verfügbarkeit der Ergebnisse ist dabei eine wichtige Voraussetzung für die Umsetzung (vgl. Keck et al., 2008, Nübling et al., 2010). Darüber hinaus können die Daten auch zur Stärkung des Klinikprofils gegenüber den Leistungsträgern gleichermaßen wie gegenüber der (Fach-) Öffentlichkeit

herangezogen werden, u.a. im Rahmen von Beiträgen in Fachzeitschriften oder auf Kongressen. Die Ergebnisse lassen sich auch mühelos in einen Qualitätsbericht integrieren (Nübling et al, 2009, Rundel et al., 2005, Steffanowski et al, 2010).

## Kosten

Die Kosten für eine kontinuierliche Befragung sind abhängig von Anzahl der Kliniken, der Patientenzahl je Klinik, der Laufzeit der Erhebung und der Häufigkeit der Berichterstellung.

## Literatur

- Keck, M., Sonnack, W., Wiedemann, C., Steffanowski, A., Kriz, D., Schmidt, J. & Nübling, R. (2008). Quantitative und qualitative Qualitätsverbesserungen in Patientenbewertungen der psychologischen Betreuung seit der Einführung eines Routinemonitoringsystems. DRV-Schriften, Band 77 (S. 157-159). Berlin: DRV Bund.
- Kriz, D., Nübling, R., Steffanowski, A., Wittmann, W.W. & Schmidt, J. (2008a). Patientenzufriedenheit in der stationären medizinischen Rehabilitation: Psychometrische Prüfung des ZUF-8. Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 17, 67-79.
- Kriz, D., Nübling, R., Steffanowski, A., Rieger, J. & Schmidt, J. (2008b). Patientenzufriedenheit: Psychometrische Reanalyse des ZUF-8. DRV-Schriften, Band 77 (S. 84-85). Berlin: DRV Bund.
- Kriz, D., Schmidt, J. & Nübling, R. (2006a). Zufriedenheit von Angehörigen mit der Versorgung in stationären Altenpflegeeinrichtungen. Entwicklung eines Screening-Fragebogens. Pflege, 19, 88-96.
- Kriz, D., Steffanowski, A., Nübling, R., Rieger, J. & Müller-Fahrnow, W. (2006b). Kontinuierliche Patientenbefragungen - Möglichkeiten eines „fairen“ Klinikvergleichs durch Case-Mix-Adjustierung. DRV-Schriften, Band 64 (S. 122-124). Berlin: DRV Bund.
- Müller-Fahrnow, W., Spyra, K. & Erhart, M. (2005). Neuer Patientenfragebogen für das interne Qualitätsmanagement der Paracelsus-Kliniken - testtheoretische Ergebnisse für ein intern einsetzbares Komplement zu den externen Inventaren. Tagungsband des 14. Koll. in Hannover, S. 66-69.
- Müller-Fahrnow, W., Rieger, J., Steffanowski, A., Kriz, D. & Nübling, R. (2006). Kontinuierliche Patientenbefragungen - Testmethodische Überprüfung eines neuen Instruments für das klinikinterne Routinemonitoring. DRV-Schriften, Band 64 (S. 121-122). Berlin: DRV Bund.
- Nübling, R., Steffanowski, A., Körner, M., Rundel, M., Kohl, C.F.R., Löschmann, C. & Schmidt, J. (2007). Kontinuierliche Patientenbefragung als Instrument für das interne Qualitätsmanagement in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung. Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement, 12, 44-50.
- Nübling, R., Kriz, D., Kress, G., Schrempf, C., Löschmann, C. & Schmidt, J. (2004a). Angehörigenbefragungen - Potentiale für das interne Qualitätsmanagement in Altenpflegeeinrichtungen. Gesundheitswesen, 66, 380-386.
- Nübling, R., Rieger, J., Steffanowski, A., Kriz, D. & Schmidt, J. (2010). Kontinuierliche Patientenbefragungen - ein Königsweg für Qualitätsverbesserungen in der medizinischen Rehabilitation?! DRV-Schriften, Band 88 (S. 62-64). Berlin: DRV Bund.
- Nübling, R., Rieger, J., Steffanowski, A., Kriz, D., Schmidt, J. (2009). Kontinuierliche Patientenbefragungen - Zur Vorhersagbarkeit von Behandlungsergebnissen im Rahmen eines Routinemonitoringsystems. DRV-Schriften, Band 83 (S. 148-152). Berlin: DRV Bund.
- Nübling, R., Schrempf, C., Kress, G., Löschmann, C., Neubart, R., Kuhlmeier, A. (2004b). Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der stationären Altenpflege. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 47, S. 133-140.
- Rundel, M., Kohl, C.F.R., Löschmann, C., Steffanowski, A., Körner, M. & Nübling, R. (2004). Benchmarking der Patientenbefragung als Bestandteil des Qualitätsmanagementsystems. DRV-Schriften, Band 52 (S. 108-110). Frankfurt: VDR.
- Rundel, M., Steinhauer, M., Meißner, W., Kohl, C.F.R., Nübling, R., Löschmann, C. (2005). Strukturierte Qualitätsberichte für Rehabilitationskliniken. DRV-Schriften, Band 59 (S. 132-134). Frankfurt: VDR.
- Schmidt, J. (2008): Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit -ZUF-8. In Bengel, J., Wirtz, M. & Zwingmann, C. (Hrsg.): Diagnostische Verfahren in der Rehabilitation (S. 255-258). Göttingen, Hogrefe.
- Schmidt, J., Kriz, D. & Nübling, R. (2011). Patienten-, Bewohner- und Angehörigenbefragungen. In B. Reuschenbach & C. Mahler (Hrsg.), Handbuch pflegebezogener Assessment-Methoden (S. 459-482). Bern, Huber.
- Schmidt, J. & Nübling, R. (2002). ZUF-8. Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit. In E. Brähler, J. Schumacher & B. Strauß (Hrsg.), Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie (S. 392-396). Göttingen: Hogrefe.
- Schmidt, J., Nübling, R., Lamprecht, F. & Wittmann, W.W. (1994). Patientenzufriedenheit am Ende psychosomatischer Reha-Behandlungen. Zusammenhänge mit Behandlungs- und Ergebnisvariablen und prognostische Bedeutung. In F. Lamprecht & R. Johnen (Hrsg.), Salutogenese. Ein neues Konzept in der Psychosomatik ? (S. 271-283). Frankfurt a.M., VAS-Verlag.
- Schmidt, J., Bernhard, P., Wittmann, W.W., Lamprecht, F. (1987): Die Unterscheidung zwischen singulären und multiplen Ergebniskriterien. Ein Beitrag zur Kriterienproblematik in der Evaluation. In: Lamprecht, F. (Hsg.): Spezialisierung und Integration in Psychosomatik und Psychotherapie. Berlin etc., Springer, 293-299.
- Spyra, K, Erhart, M, Müller-Fahrnow, W, Rieger, J. (2006). Das KlinikSpezifische Patienteninventar (KSPI) zur Beurteilung der Leistungen in der somatischen und psychosomatischen/Sucht-Rehabilitation (KSPI-SO/PS). Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 71, 47-65.
- Steffanowski, A., Nübling, R., Schmidt, J. & Löschmann, C. (2006). Patientenbefragungen in der Medizinischen Rehabilitation - Computergestütztes Routinemonitoring der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 71, 35-46.
- Steffanowski, A., Rieger, J., Kriz, D., Schmidt, J. & Nübling, R. (2010). Patientenbefragungen in der medizinischen Rehabilitation - Zusammenhänge zwischen Rücklaufquote und Patientenzufriedenheit. DRV-Schriften, Band 88 (S. 77-80). Berlin: DRV Bund.