



WHZ Westsächsische
Hochschule Zwickau
Hochschule für Mobilität

Bachelorarbeit

Vergleich der Patientenzufriedenheit zwischen den ausgewählten Organkrebszentren des Nationalen Centrum für Tumorerkrankungen Dresden

eingereicht an der Fakultät Gesundheits- und Pflegewissenschaften

der Westsächsischen Hochschule Zwickau

zur Erlangung des akademischen Grades Bachelor of Science (B.Sc.)

vorgelegt von: Anna-Lena Rabe

Fakultät: Gesundheits- und Pflegewissenschaften

Seminargruppe: 202232

Matrikelnummer: 41787

Anschrift:

E-Mail:

Erstbetreuer: Prof. Dr. Eileen Goller

Zweitbetreuer: Jennifer Petzsch, M.Sc.

Abstract

Titel: Vergleich der Patientenzufriedenheit zwischen den ausgewählten Organkrebszentren des Nationalen Centrums für Tumorerkrankungen Dresden

Hintergrund und Fragestellung: Die Erfassung Patientenzufriedenheit stellt einen relevanten Aspekt des Qualitätsmanagements dar. Sie ist auf die patientenbezogene Qualität ausgerichtet und wird eingesetzt, um Stärken und Schwächen der Patientenversorgung zu ermitteln. Für die Erhebung der Patientenzufriedenheit wurde derzeit noch kein valides Instrument entwickelt (vgl. Degen et al., 2014, S. 205). Ziel der Untersuchung ist die Identifizierung von Gemeinsamkeiten und Unterschieden hinsichtlich der Patientenzufriedenheit zwischen den ausgewählten Organkrebszentren.

Methodik: Es wurde eine Sekundärdatenanalyse durchgeführt, welche auf einer Umfrage zur Patientenzufriedenheit in den jeweiligen Organkrebszentren aus dem Jahr 2021 basiert. Die Sekundärdaten wurden mittels deskriptiver Statistik analysiert. Anschließend erfolgte innerhalb der Inferenzstatistik die Anwendung von nicht-parametrischen Tests für die Ermittlung von Gemeinsamkeiten und Unterschieden.

Ergebnis: In die Erhebung konnten 322 ausgefüllte Fragebögen aus dem Viszeralonkologischen Zentrum, Kopf-Hals-Tumorzentrum, Hauttumorzentrum, Gynäkologischen Krebszentrum und dem Regionalen Brustzentrum; am Standort Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden; aus dem Nationalen Centrum für Tumorerkrankung Dresden eingeschlossen werden. Auf Grundlage der deskriptiven Datenanalyse konnte erschlossen werden, dass die Patienten hauptsächlich die Bewertungsausprägungen „sehr zufrieden“ und „zufrieden“ für analysierte Kriterien ausgewählt haben. Aus den Ergebnissen der Inferenzstatistik konnte überwiegend ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen dem Regionalen Brustzentrum und dem Viszeralonkologischen Zentrum in Bezug auf die analysierten Kriterien ermittelt werden.

Schlussfolgerung: Auf Grundlage der ermittelten Unterschiede hinsichtlich verschiedener Aspekte der Patientenzufriedenheit können Handlungsempfehlungen abgeleitet werden. Ergänzend kann die Durchführung von qualitativen Interviews mit Patienten und Ärzten sowie spezifische Literatur als zusätzliche Informationsquelle genutzt werden. Für die erneute Durchführung eines Vergleiches stellt das neue eingeführte Tool ein besseres Instrument für die Datenerhebung dar, da es identische Formulierung der Fragen in den unterschiedlichen Organkrebszentren des NCT/UCC Dresden verwendet.

Inhaltsverzeichnis

I.	Abkürzungsverzeichnis	I
II.	Abbildungsverzeichnis.....	II
III.	Tabellenverzeichnis.....	II
IV.	Hinweis auf geschlechtsneutrale Formulierung	IV
1	Einleitung.....	1
2	Theoretischer Hintergrund.....	2
2.1	Qualitätsmanagement im Krankenhaus	2
2.1.1	Definition im Bereich des Qualitätsmanagements	2
2.1.2	Kundenorientierung als ein Ziel des Qualitätsmanagements	4
2.1.3	Der Patient als Kunde des Krankenhauses	4
2.1.4	Gesetzliche Anforderungen der Patientenbeteiligung.....	5
2.2	Patientenzufriedenheit.....	7
2.2.1	Definition der Patientenzufriedenheit	7
2.2.2	Messung der Patientenzufriedenheit.....	8
2.2.3	Dimensionen der Patientenzufriedenheit	9
2.3	Aktueller Forschungsstand.....	10
3	Fragestellung	11
4	Methodik	12
4.1	Vorstellung der Einrichtung	13
4.2	Auswahl der Organkrebszentren.....	14
4.3	Stichprobenbeschreibung.....	16
4.4	Erhebungsinstrument	16
4.5	Datenerhebung.....	18
4.5.1	Zeitraum der Datenerhebung	18
4.5.2	Datenerhebungsmethoden.....	18
4.5.3	Durchführung der Datenerhebung	19
4.5.4	Rücklaufquote.....	19
4.5.5	Datenvorverarbeitung.....	20
4.5.6	Datenbereinigung	21
4.6	Statistische Analyse	22
4.6.1	Deskriptive Statistik	22
4.6.2	Inferenzstatistik.....	23
5	Ergebnisse.....	24
5.1	Aspekt A - Organisation und Ablauf	24
5.1.1	Deskriptive Statistik	24
5.1.2	Inferenzstatistik.....	26
5.2	Aspekt B - Ärztliche und pflegerische Versorgung.....	27
5.2.1	Deskriptive Statistik	27
5.2.2	Inferenzstatistik.....	30

5.3	Aspekt – D Ausstattung und Service.....	31
5.3.1	Deskriptive Statistik	31
5.3.2	Inferenzstatistik.....	34
5.4	Aspekt E - Entlassung	35
5.4.1	Deskriptive Statistik	35
5.4.2	Inferenzstatistik.....	38
6	Diskussion	40
6.1	Methodendiskussion.....	40
6.2	Ergebnisdiskussion	42
6.2.1	Deskriptive Statistik	43
6.2.2	Inferenzstatistik.....	43
6.3	Limitation	45
7	Schlussfolgerung	46
8	Literaturverzeichnis	47
9	Anlagenverzeichnis	51
10	Eidesstaatliche Erklärung.....	318

I. Abkürzungsverzeichnis

BZ	Regionales Brustzentrum am Standort Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden
GZ	Gynäkologisches Krebszentrum
KHTZ	Kopf-Hals-Tumorzentrum
NCT	Nationales Centrum für Tumorerkrankungen
NCT/ UCC Dresden	Nationales Centrum für Tumorerkrankung Dresden
QM	Qualitätsmanagement
QMS	Qualitätsmanagementsystem
VOZ	Viszeralonkologisches Zentrum mit den Tumorentitäten Leber, Ösophagus, Darm, Pankreas und Magen
UCC	Universitäts KrebsCentrum Dresden
UHTZ	Hauttumorzentrum
UKD	Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Anzahl der ausgefüllten Fragebögen der ausgewählten Organkrebszentren... 16
Abbildung 2. Rücklaufquote innerhalb der einzelnen Organkrebszentren..... 20

III. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Statistische Kreuztabelle der Variable „Terminvergabe“ [terminvergabe]. 25
Tabelle 2. Statistische Kreuztabelle der Variable "Informationen und Abläufe auf Station" [storg_ablaufe]..... 26
Tabelle 3. Ergebnisse des Kruskal-Wallis-Test für [terminvergabe] & [storg_ablaufe]. 26
Tabelle 4. Statistische Kreuztabelle der Variable "Freundlichkeit Ärzte" [freu_aerzte]. 27
Tabelle 5. Statistische Kreuztabelle der Variable "Erreichbarkeit Ärzte" [erreich_aerzte]..... 28
Tabelle 6. Statistische Kreuztabelle der Variable "Freundlichkeit Pflegekräfte" [freu_pflege]. 28
Tabelle 7. Statistische Kreuztabelle der Variable "Erreichbarkeit Pflegekräfte" [erreich_pflege]..... 29
Tabelle 8. Statistische Kreuztabelle der Variable "Aufklärung" [aufklaerung]..... 29
Tabelle 9. Statistische Kreuztabelle der Variable „weitere Terminplanung“ [termin_wtbeha].30
Tabelle 10. Ergebnisse des Kruskal-Wallis-Test der Variablen [freu_aerzte], [erreich_aerzte], [freu_pflege], [erreich_pflege], [aufklaerung] & [termin_wtbeha]. 30
Tabelle 11. Statistische Kreuztabelle der Variable "Ausstattung Patientenzimmer" [ausstattung_patzim]. 32
Tabelle 12. Statistische Kreuztabelle der Variable "Sauberkeit Patientenzimmer" [sauberkeit_patzim]. 32
Tabelle 13. Statistische Kreuztabelle der Variable "Möglichkeiten zur Ruhe" [mög_ruhe]. ... 33
Tabelle 14. Statistische Kreuztabelle der Variable "Verfügbarkeit der Warteräume" [warteraume]..... 33
Tabelle 15. Ergebnisse des Kruskal-Wallis-Test der Variablen [ausstattung_patzim], [sauberkeit_patzim],[mög_ruhe] & [warteraume]..... 34
Tabelle 16. Statistische Kreuztabelle der Variable "Ankündigung Entlassung" [ankuendigung_entlass]. 35
Tabelle 17. Statistische Kreuztabelle der Variable "Empfehlung zur Weiterbehandlung" [weiterbehandlung]. 36

Tabelle 18. Statistische Kreuztabelle der Variable "Qualität Entlassungsgespräch" [qualitaet_entlass].	36
Tabelle 19. Statistische Kreuztabelle der Variable "Wartezeit Entlassbrief" [entlassbrief].	37
Tabelle 20. Statistische Kreuztabelle der Variable "Einbeziehung des weiterbehandelnden Arztes" [einbez_wtbeha].	37
Tabelle 21. Statistische Kreuztabelle der Variable "Information Nachsorge" [info_nachsorge].	38
Tabelle 22. Ergebnisse des Kruskal-Wallis-Test der Variablen [ankuendigung_entlass], [weiterbehandlung], [qualitaet_entlass], [entlassbrief], [einebez_wtbeha] & [info_nachsorge].	38

IV. Hinweis auf geschlechtsneutrale Formulierung

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in dieser Bachelorarbeit auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Formulierungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

1 Einleitung

Jährlich erkranken rund 500.000 Menschen in Deutschland an Krebs. Diese Diagnose ist keine Seltenheit in deutschen Krankenhäusern, sondern stellt den vierthäufigsten Behandlungsgrund der gesamten Krankenhausaufenthalte dar. Der eintretende Tod aufgrund der Krebserkrankung war im Jahr 2021 die zweithäufigste Todesursache. Diese Diagnose, die dazugehörigen Lebenserwartungen, das eventuell vorhandene Wissen über die Erkrankung sowie der gesamte Verlauf der Erkrankung stellt für die Betroffenen eine herausfordernde Phase dar. Sie ist geprägt von unbeschreiblichen Emotionen, wie Angst und Sorge um die eigene Gesundheit. Das Leben der Betroffenen ändert sich grundlegend und stellt sie vor enorme Herausforderungen. Die eintretenden Auswirkungen der bösartigen Tumorerkrankungen reichen weit über die physische Ebene hinaus. Die Diagnose beeinflusst nicht nur die seelische Verfassung des Betroffenen, sondern die generelle persönliche Lebenseinstellung sowie weitere zwischenmenschliche Beziehungen. Eine derartige seelische Belastung kann sich weiterführend negativ auf den Gesundheitszustand des Betroffenen auswirken und stellt einen beachtlichen Faktor bei der Genesung und Behandlung dar. Das seelische Wohlbefinden der Patienten ist eine relevante Schlüsselkomponente für eine erfolgreiche Genesung. In diesem Zusammenhang kann die Relevanz der Patientenzufriedenheit und Patientenorientierung für die seelische Gesundheit und den einhergehenden positiven Krankheitsverlauf erschlossen werden (vgl. Erdmann et al., 2021, S. 7–10; vgl. Weißflog et al., 2013, S. 306–308).

Die Patientenzufriedenheit ist neben der hochwertigen qualitativen Diagnostik und der anschließenden Behandlung und Versorgung der Patienten ein weiteres Hauptziel des Gesundheitswesens. Diese hat in den vergangenen Jahren stetig an Bedeutung gewonnen und ist ergänzend ein relevanter Faktor für den Erhalt von gesundheitlichen Einrichtungen. Die Patientenzufriedenheit ist bezugnehmend auf die Gesundheitseinrichtungen ein bedeutender Aspekt, welcher eine stetige Kontrolle erfordert und ein relevantes Merkmal der Gesamtqualität darstellt. Es erfordert dabei die Wünsche sowie Kritik in Bezug auf die Behandlungen zu berücksichtigen und anhand der Patienten zu orientieren. Eine hohe Zufriedenheit der Patienten spiegelt eine hohe Patientenorientierung der gesamten Einrichtung bzw. der untersuchten Abteilung wider. Die Patientenorientierung beinhaltet, dass der Patient im Mittelpunkt der medizinischen Versorgung und Behandlung steht (vgl. Amelung & Althaus, 2015, S. 4–5; vgl. Lorenz, 2023b, S. 25 f.; vgl. Statistisches Bundesamt, o. J.; vgl. Weißflog et al., 2013, S. 306).

2 Theoretischer Hintergrund

In diesem Kapitel werden Definitionen der relevanten Begrifflichkeiten und ein Überblick über den aktuellen Forschungsstand dargestellt. Es dient als theoretischer Rahmen für die Erhebung und bildet die Grundlagen für den Aufbau der gesamten Arbeit.

2.1 Qualitätsmanagement im Krankenhaus

2.1.1 Definition im Bereich des Qualitätsmanagements

Der Abschnitt definiert grundlegende Begrifflichkeiten aus dem Bereich des Qualitätsmanagements. Es werden Begriffe wie Qualität, Qualitätssicherung, Qualitätsmanagementsysteme und Qualitätsmanagementmodelle definiert.

In der Literatur findet sich eine Vielzahl von Definitionen für den Begriff *Qualität*, die sich oft aufgrund unterschiedlicher Perspektiven und Bezugsrahmen unterscheiden. Im Rahmen der DIN EN ISO 9000:2015 wird Qualität als ein Maß, in dem die inhärenten Eigenschaften eines Objektes die Anforderungen erfüllen, bezeichnet. Diese inhärenten Merkmale sind Eigenschaften, welche der analysierten Einheit ständig zugehörig sind (vgl. Vogt, 2019, S. 131). Ergänzend beschreibt der Begriff „Qualität“ laut dem „Ärztlichen Zentrum“ für Qualität in der Medizin folgende Definition: „Als Qualität bezeichnet man den Grad, in dem ein Satz von Qualitätsmerkmalen bestimmte Anforderungen erfüllt. Qualität ist damit der „Erfüllungsgrad“ von Eigenschaften und Merkmalen eines Produktes oder einer Dienstleistung, also das Ausmaß, in dem vorgegebene Erfordernisse erfüllt werden.“ (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, 2010). Kunden legen oft bestimmte Qualitätsanforderungen fest, die entweder als Voraussetzungen, Verpflichtungen oder als spezifische Anforderungen formuliert werden. Solche Qualitätsanforderungen werden als Erfordernisse oder Erwartungen ausgedrückt und im Rahmen des Bewertungsprozesses überprüft. Dieser Prozess stellt einen Soll-Ist-Vergleich zwischen den festgelegten Qualitätsanforderungen und den tatsächlichen Qualitätsmerkmalen dar. Das daraus resultierende Ergebnis ist eine subjektive Qualitätsaussage seitens des Kunden in Bezug auf die erbrachte Dienstleistung (vgl. Hensen, 2016, S. 14).

Das *Qualitätsmanagement* (QM) beinhaltet sämtliche koordinierte Maßnahmen, die dazu dienen, eine Organisation hinsichtlich ihrer Qualitätsstandards zu leiten und zu lenken. Sie beinhalten qualitätsbezogene Zielsetzungen und Aktivitäten. In Anlehnung an die DIN EN ISO 9000:2015 umfassen die Aufgaben des QM, die Festlegung der Qualitätsziele und der Qualitätspolitik sowie die Qualitätsverbesserung, -sicherung, -steuerung und -planung einer Organisation (vgl. Vogt, 2019, S. 133).

Die *Qualitätssicherung* ist ein Bestandteil des QM, mit dem Fokus auf Schaffen und Aufrechterhaltung des Vertrauens bei Kunden und Interessengruppen hinsichtlich der Erfüllung von Qualitätsanforderungen. Im Laufe der Zeit hat sich die Definition dieses Begriffes erweitert. Es wurden alle Prozesse und Maßnahmen inkludiert, die darauf ausgerichtet sind, die Qualität der Leistung sicherzustellen oder zu verbessern (vgl. Vogt, 2019, S. 136).

Das *Qualitätsmanagementsystem* (QMS) einer Organisation hat die Aufgabe, die Strukturen der Organisation, die Zuweisung von Verantwortlichkeiten, die Festlegung von Verfahren und Prozessen sowie die Bereitstellung der erforderlichen Ressourcen zur Umsetzung des QM sicherzustellen. Eine umfassende Unterstützung seitens der Unternehmensführung ist von entscheidender Wichtigkeit. Diese Unterstützung manifestiert sich in der Übernahme der Verantwortung für die Implementierung des QMS. Darüber hinaus obliegt es der Geschäftsleitung, alle erforderlichen Ressourcen bereitzustellen, um zu gewährleisten, dass das QMS erfolgreich umgesetzt werden kann (vgl. Hensen, 2016, S. 77–80). Den Kern eines QMS bildet das Konzept des PDCA-Zyklus, welches von Deming entwickelt wurde. Es beinhaltet das Prinzip der kontinuierlichen Verbesserung. Gemäß diesem Modell wird eine Maßnahme zur Veränderung geplant (plan). Basierend darauf erfolgt die Umsetzung des zuvor ermittelten Verbesserungspotenzials (do). Im nächsten Schritt werden die Maßnahmen zur Erreichung der gewünschten Ergebnisse überprüft (check). Falls Abweichungen festgestellt werden, erfolgt eine erneute Ursachenanalyse und der Zyklus beginnt von vorn. Dieser Zyklus erfolgt solange bis die Zielerreichung gegeben ist und wird dann in den Routinebetrieb der Organisation integriert (act) (vgl. Hensen, 2016, S. 60–62, 129–130; vgl. Zinn, 2010, S. 15–16).

Qualitätsmanagementmodelle stellen für Krankenhäuser eine Unterstützung bei der Gestaltung und Verbesserung ihres internen QMS dar. Jede Einrichtung hat die Entscheidungsmöglichkeit, ihr eigenes QMS zu gestalten. Es kann und sollte sich jedoch an Qualitätsmanagementmodellen orientiert werden, die spezifische Anforderungen und Kriterien für das QMS festlegen. Es gibt eine Vielzahl an Modellen zur Entwicklung und Implementierung von QMS im Unternehmen. Diese Modelle basieren jeweils auf bestimmten Prinzipien oder Wertvorstellungen und bilden eine inhaltliche Ausrichtung und einen Überblick über die grundlegenden Themen des QM. Das bekannteste Modell in diesem Zusammenhang ist die Normenreihe DIN EN ISO 90000, in der sieben Grundsätze festgelegt sind. Sie beinhalten Kundenorientierung, Führung, Mitarbeiterorientierung, Prozessorientierung, Verbesserung, Faktenbasierte Entscheidungsfindung und Beziehungsmanagement (vgl. Hensen, 2016, S. 127–135)(vgl. Hensen, 2022, S. 58–61).

2.1.2 Kundenorientierung als ein Ziel des Qualitätsmanagements

Die sieben Grundsätze des QM - wie im vorherigen Abschnitt beschrieben - beinhalten die Kundenorientierung als ein bedeutendes Ziel (vgl. Vogt, 2019, S. 88). Es ist entscheidend, dass alle Tätigkeiten des QM darauf ausgerichtet sind, die Kundenanforderungen bestmöglich zu erfüllen. Nicht nur die Erwartungen der Kunden sind zu erfüllen, sondern auch darüberhinausgehend ist ihre Begeisterung zu wecken. Ein Wettbewerbsvorteil kann dabei erlangt werden. Die Begeisterung der Kunden führt nicht nur zu deren Zufriedenheit, sondern auch zur Weiterempfehlung. Sie stellt einen wichtigen Beitrag zum nachhaltigen Erfolg der Einrichtung dar. Es gibt verschiedene Maßnahmen zur Förderung der Kundenorientierung. Dazu gehören die Berücksichtigung von Freundlichkeit als Kriterium bei der Einstellung neuer Mitarbeiter, festgelegte Ansprechpartner für Kunden einzusetzen oder die Etablierung kundenorientierter Öffnungszeiten (vgl. Hensen, 2022, S. 330–334).

2.1.3 Der Patient als Kunde des Krankenhauses

Gesundheitliche Beeinträchtigungen, seelisches und körperliches Leiden sowie der Tod stellen für jeden Menschen grundsätzliche und existenzielle Herausforderungen dar. Dabei sind die Aufgaben des ärztlichen Handelns, Beschwerden zu mindern, die gesundheitliche Befindlichkeit zu optimieren oder idealerweise eine vollständige Genesung zu ermöglichen. Die Achtung und Wertschätzung des menschlichen Lebens bilden den essenziellen Kern jeder ärztlichen Versorgung (vgl. Lorenz, 2023a, S. 128–129).

Im Gesundheitswesen kann der Kundenbegriff in zwei Kategorien unterteilt werden. Zum einen in den personellen und zum anderen in den institutionellen Kundenbegriff. Der institutionelle Kundenbegriff bezieht sich auf Krankenhäuser, Kliniken, Selbsthilfegruppen oder staatliche Institutionen. Der personelle Kundenbegriff umfasst Patienten, Angehörige, Ratsuchende oder Klienten und ist somit subjektbezogen oder personengebunden. Der größte Anteil der Kunden in Krankenhäusern sind die Patienten. Aus diesem Grund hat das Thema Patientenorientierung im QM eines entsprechenden Krankenhauses erheblich an Bedeutung gewonnen (vgl. Hensen, 2022, S. 328–329).

Im ökonomischen und betriebswirtschaftlichen Kontext bezeichnet der Begriff „Kunde“ den Erwerb von Produkten oder die Inanspruchnahme einer Dienstleistung. Diese Definition lässt sich nicht unmittelbar auf die Beziehung zwischen Patienten und Gesundheitsdienstleistern übertragen. Hier steht die Interaktion zwischen Patienten und medizinischen Personal im Mittelpunkt. Der Patient bringt dem Personal tiefes Vertrauen entgegen. Die Verantwortung für die Gesundheit und die Verpflichtung zur Fürsorge sind vom medizinischen Personal zu

gewährleisten. Diese Beziehung geht über den schlichten Austausch von Gütern oder Dienstleistungen hinaus. Aus diesem Grund bedarf die Verwendung des Begriffs „Kunde“ im Kontext mit der Gesundheitsversorgung eine sorgfältige Abwägung und Anpassung an die spezifischen Bedürfnisse und Anforderungen. Dies ist entscheidend, um sicherzustellen, dass die Patientenversorgung stets an erster Stelle steht (vgl. Buchholz, 2011, S. 35–36; vgl. Lorenz, 2023a, S. 129).

Die Akzeptanz des Begriffs „Patient“ als „Kunde“, der zu einer vollständigen Kommerzialisierung ärztlichen Handelns führen wird, steht im Widerspruch zur Wirklichkeit. Das Gesamtsystem eines Krankenhauses, einschließlich des Arzt-Patienten-Verhältnisses und der ärztlichen Behandlung muss dafür in Betracht gezogen werden. Die Erbringung einer medizinischen oder pflegerischen Leistung erfordert die Nutzung der Infrastruktur im Krankenhaus. Hierbei spielen die verwendeten Ressourcen, das Personal und die Logistik eine entscheidende Rolle. Allerdings kann die mangelnde effiziente Nutzung dieser Ressourcen aus betriebswirtschaftlicher Sicht zu wirtschaftlichen Misserfolgen oder sogar zur Insolvenz führen. Die Entscheidungsfindung für die angemessene Behandlung wird nicht immer ausschließlich dem behandelnden Arzt überlassen. Oft stehen mehrere gleichwertige Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung und der Patient wählt nach Beratung durch den Arzt diejenige Therapie aus, welche er für am besten geeignet hält. In dieser Situation nimmt der Patient eine aktive Rolle als Kunde ein. Jedoch muss klargestellt werden, dass der Begriff „Kunde“ in der Akutversorgung nicht uneingeschränkt zutrifft. In kritischen Situationen kann die Entscheidungsfreiheit des Patienten nicht mehr gewährleistet werden (vgl. Lorenz, 2023a, S. 129–130).

Ärztliche Behandlungen und die Beziehung zwischen Arzt und Patient sind nicht käuflich und können nicht als herkömmliche Dienstleistung im betriebswirtschaftlichen Sinne betrachtet werden. Der Betroffene steht in erster Linie dem Arzt als Patient und nicht als Kunde gegenüber (vgl. Lorenz, 2023b, S. 129; vgl. Schmidt et al., 2003).

2.1.4 Gesetzliche Anforderungen der Patientenbeteiligung

Die gesetzlichen Vorgaben zur Patientenbeteiligung sind in der „DIN EN ISO 9001“, den „Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses“ und der „deutschen Krebsgesellschaft“ beschrieben.

DIN EN ISO 9001:2015

In dem Abschnitt zur Kunden- oder Patientenzufriedenheit fordert die DIN EN ISO 9001:2015, dass das QMS extern überwacht wird. Ziel dieser Überprüfung ist es zu analysieren, ob die Anforderungen von Kunden oder Patienten an die Einrichtung und die erbrachten Dienstleistungen erfüllt und umgesetzt werden. Auf Grundlage der Analyse können Maßnahmen ergriffen werden, um die Qualität und die QMS zu verbessern und anzupassen. Ebenso können die Vorgaben aus der DIN zur Überprüfung der Wirksamkeit der QMS verwendet werden. Dies geschieht mithilfe von geeigneten Informationen, welche die Wirksamkeit des QMS aus Sicht der Kunden beurteilen lassen (vgl. DIN Deutsche Institut für Normung e.V., 2015).

Die DIN EN ISO 9001:2015 verlangt, dass die Anforderungen der Patienten im Gesundheitswesen berücksichtigt und die Patientenzufriedenheit bewertet wird. Sie fordert die umfassende Einbeziehung der Anforderungen von Interessengruppen, wie Krankenkassen, Angehörigen oder Eltern. Die Auswahl und Erfassung der Daten obliegt der Einrichtung und hängt von den benötigten Informationen ab, um die Wirksamkeit des QMS und der Produktqualität zu beurteilen. Verschiedene Aspekte wie die Auswahl der Patienten und Kunden, das Bewertungssystem sowie Überwachungsmethoden, -frequenzen und -zeitpunkte können bei der Erfassung der Patienten- und Kundenzufriedenheit berücksichtigt werden (vgl. DIN Deutsche Institut für Normung e.V., 2015).

Gemeinsamer Bundesausschuss

Die „Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren, Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte sowie zugelassene Krankenhäuser“ legen in § 4 - Methoden und Instrumente für die Bedeutung der Patientenbefragung dar. Diese Richtlinien schreiben vor, dass Patientenbefragungen in regelmäßigen Abständen durchgeführt und ausgewertet werden müssen. Die gewonnenen Ergebnisse sollen der Führungsebene und dem Personal Einblicke in die Patientenzufriedenheit und die wahrgenommene Qualität der Versorgung aus Sicht der Patienten bieten. Basierend auf diesen Erkenntnissen können Empfehlungen zur Verbesserung der Patientenzufriedenheit und der Versorgungsqualität entwickelt werden. Es ist daher von zentraler entscheidender Bedeutung, dass diese Daten sorgfältig und mithilfe validierter Erhebungsinstrumente erfasst werden (vgl. Schmalenberg et al., 2010, S. 81–82).

Deutsche Krebsgesellschaft

Im Erhebungsbogen zur Zertifizierung fordert die deutsche Krebsgesellschaft im Abschnitt „1.6 die Beteiligung von Patientinnen und Patienten“ Patienten mindestens alle drei Jahre die Gelegenheit zu bieten, an einer Umfrage teilzunehmen. Es soll allen Patienten über einen Zeitraum von drei Monaten die Möglichkeit gegeben werden, an der Patientenbefragung teilzunehmen. Die festgelegte Rücklaufquote variiert in den einzelnen Organkrebszentren. Im Onkologischen Zentrum beträgt zum Beispiel die Rücklaufquote mind. 30%. Im Vergleich dazu wird im Kopf-Hals-Tumor-Zentrum eine Rücklaufquote von mind. 50% gefordert. Für die anschließende Auswertung der erfassten Daten ist die Festlegung eines Verantwortlichen notwendig. Die Auswertung muss protokolliert werden und bezieht sich ausschließlich auf die Patienten der Zentren (vgl. Krebsgesellschaft.de, o. J.).

2.2 Patientenzufriedenheit

2.2.1 Definition der Patientenzufriedenheit

In der Literatur finden sich vielseitige Definitionen über die Patientenzufriedenheit, doch der Grundgedanke bleibt stets derselbe. Die Patientenzufriedenheit stellt den Vergleich zwischen den Erwartungen an die medizinische Behandlung und der tatsächlichen subjektiven erlebten Situation dar. In diesem Kontext wird angenommen, dass sich daraus resultierende Erkenntnisse in Form einer Ergebnismessung erfassen lassen (vgl. Buchholz, 2011, S. 192–193).

Patientenzufriedenheit ist ein Begriff der Gesundheitswissenschaften, welcher sich über Jahre hinweg entwickelt hat. Der Grundgedanke und die Absichten der Patientenzufriedenheit sind auf die Kundenzufriedenheit und die Arbeitszufriedenheit zurückzuführen. Die Entwicklung der Patientenzufriedenheit ist ein Konstrukt zwischen der Soziologie, Medizinischer Psychologie und Ökonomie. Im Verlauf des 19. Jahrhunderts befasste sich die Medizinsoziologie gezielt mit den Fragestellungen hinsichtlich der Interaktion der Akteure im Gesundheitswesen und deren Auswirkungen auf die Salutogenese. Auf dieser Grundlage verdeutlicht die soziologische Perspektive den Zusammenhang zwischen dem Patienten, seinen Bedürfnissen und wie diese den Therapieprozess beeinflussen. Die medizinische Psychologie beschäftigt sich mit der Beziehung und Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten. Die anfänglich vorhandenen Kommunikationsstrukturen zwischen Ärzten und Patienten berücksichtigten nicht die Bedürfnisse, Wünsche und Sorgen der Patienten. Die im Bereich der Ökonomie durchgeführte Kundenforschung sowie die zugehörigen Theorien und Ergebnisse können auf die Patienten übertragen werden. Infolgedessen lassen sich Messinstrumente zur Erfassung der

Patientenzufriedenheit aus den Erkenntnissen der ökonomischen Forschung ableiten und in das Gesundheitswesen integrieren. Von den Ursprüngen der drei verschiedenen Strömungen ausgehend hat sich die Patientenzufriedenheit in den vergangenen Jahren im Gesundheitswesen etabliert und erheblich an Bedeutung gewonnen. Zusammen mit einer hochwertigen qualitativen Diagnostik und der darauffolgenden Behandlung und Betreuung der Patienten stellt dies ein weiteres vorrangiges Ziel im Gesundheitswesen dar (vgl. Lorenz, 2023a, S. 25–30).

Bei jeder Behandlung sollte die insgesamt Zufriedenheit der Patienten mit den einzelnen Leistungskomponenten erfasst werden. Dazu müssen eindeutige und bewertbare Kriterien und Parameter festgelegt werden, woran die zu erfassende Zufriedenheit gemessen werden kann. Die objektiven Kennzahlen, wie der Behandlungszeitraum oder die Patientenzahl dienen der Orientierung. Ergänzend dazu ist die subjektiv empfundene Zufriedenheit der Patienten relevant, um die tatsächliche Zufriedenheit zu erfassen. Sie unterscheidet sich zwischen ereignisorientierten Verfahren und merkmalsorientierten Verfahren. Das ereignisorientierte Verfahren bezieht sich auf ereignisbezogene Qualitätsaspekte, wie zum Beispiel die ärztliche oder pflegerische Versorgung. Das merkmalsorientierte Verfahren bezieht sich auf das Resultat einer Vielzahl von verschiedenen Leistungsfaktoren, wie die Anzahl der Patienten oder operativen Eingriffe. (vgl. Buchholz, 2011, S. 191–193).

2.2.2 Messung der Patientenzufriedenheit

Die Messung der Patientenzufriedenheit im Gesundheitswesen ist bereits weit verbreitet. Es werden unterschiedliche Messmethoden zur Datenerhebung verwendet (vgl. Zinn, 2010, S. 53). Die Erfassung der Patientenzufriedenheit erfolgt nach subjektiven und objektiven Ansätzen. Im Rahmen der objektiven Methodik wird die Zufriedenheit mithilfe von objektiven Indikatoren, wie Krankenhausumsätze oder Expertenbewertungen erfasst. Die subjektiven Verfahren beinhalten die vielfältigen Wahrnehmungen und die empfundene Zufriedenheit der Patienten (vgl. Buchhester, 2012, S. 70–75).

Klassische Methoden, wie Telefonbefragungen, Interviews oder Fragebögen können zur Erfassung der Patientenzufriedenheit genutzt werden. Ergänzend können Patientenerzählungen, Berichte über Problemfälle oder Analysen des wahrgenommenen Images der eigenen Einrichtung als Informationsquellen genutzt werden. Die am häufigsten angewandte Methode ist die Verwendung von Fragebögen. Weiterhin können Befragungen oder Interviews zur Überprüfung der erfassten Informationen des Fragebogens ergänzend eingesetzt werden (vgl. Hoefert & Härter, 2010, S. 277–279; vgl. Schmalenberg et al., 2010, S. 68–70).

Ein vollstandardisierter Fragebogen ist ein Instrument, welches die wissenschaftlichen Gütekriterien der Reliabilität, Objektivität und Validität besitzen muss. Die Reliabilität ist abhängig davon, wie verlässlich die Daten der Erhebung sind. Ein zuverlässiger Fragebogen liefert präzise Messungen ohne nennenswerte Fehler oder Verzerrungen. Dies bedeutet, dass die Ergebnisse unter gleichen Bedingungen reproduzierbar sein sollten. Die Objektivität fordert, dass der Fragebogen unabhängig von äußeren Einflüssen wie Zeit oder Ort eingesetzt und ausgewertet werden kann. Die Auswahl der Probanden sollte dabei keinen Einfluss auf die Ergebnisse haben. Es gewährleistet eine konsistente Anwendbarkeit des Fragebogens unabhängig von den Umständen. Die Objektivität kann in Durchführungsobjektivität (gleiche Bedingungen bei der Erhebung), Auswertungsobjektivität (unabhängige Auswertung) und Interpretationsobjektivität (klare Auslegung der Ergebnisse) unterteilt werden. Die Validität konzentriert sich auf die Genauigkeit der Datenerhebung. Ein valider Fragebogen erfasst genau das Merkmal, welches er erfassen soll, ohne unbeabsichtigte oder zusätzliche Informationen zu sammeln. Verschiedene Aspekte, wie die Inhaltsvalidität (klare Erkennbarkeit des gemessenen Merkmals), Konstruktvalidität (Übereinstimmung mit theoretischen Konzepten), Augenscheinvalidität (klare Erkennbarkeit des gemessenen Merkmals) und Kriteriumsvalidität (Zusammenhänge mit bekannten Maßstäben) sind zu berücksichtigen. Ein vollständig standardisierter Fragebogen, welcher die Gütekriterien erfüllt, ist ein zuverlässiges und präzises Instrument für die wissenschaftliche Forschung. Er liefert genaue und konsistente Daten und ermöglicht den Vergleich auf einer soliden Grundlage (vgl. Döring & Bortz, 2016, S. 442–445; vgl. Moosbrugger & Kelava, 2020, S. 17–33).

Vorteile der Patientenzufriedenheitsmessung mittels der Fragebogenmethode sind unter anderem die garantierte Anonymität, niedrige Kosten, keine Beeinflussung durch den Interviewer sowie die unkomplizierte Durchführungsorganisation. Das Fragebogenverfahren ist die effizienteste, wirkungsvollste und unkomplizierteste Methode zur Erfassung der Patientenzufriedenheit. Es setzt voraus, dass die Gütekriterien der Objektivität, Reliabilität und Validität bestmöglich erfüllt werden (vgl. Lorenz, 2023a, S. 48–52).

2.2.3 Dimensionen der Patientenzufriedenheit

Die Literatur bietet keine einheitlichen Dimensionen für die Erfassung der Patientenzufriedenheit. Zusammenfassend können jedoch folgende wesentliche Dimensionen erfasst werden:

Patientenaufnahme: Sie bezieht sich auf den ersten Kontakt und den Ablauf der Aufnahme in die Gesundheitseinrichtung aus Sicht der Patienten. Diese Phase ist geprägt von dem ersten Eindruck und dem Zugang zur gesundheitlichen Versorgung.

Information und Aufklärung: Diese Dimension konzentriert sich auf die Bereitstellung von Informationen an die Patienten und ihr Verständnis über verschiedene Aspekte ihrer Gesundheitsversorgung. Gut informierte Patienten sind meistens zufriedener und treffen informierte Entscheidungen über ihre Gesundheit.

Organisation: Hierbei handelt es sich um die Struktur und das Management der Gesundheitseinrichtung oder des Gesundheitssystems, welche die Patientenversorgung und das Patientenerlebnis beeinflussen. Eine effiziente und gut strukturierte Organisation ist entscheidend für die Bereitstellung einer hochwertigen Gesundheitsversorgung und für die Erfüllung der Bedürfnisse der Patienten.

Erreichbarkeit: Die Zugänglichkeit und Verfügbarkeit des medizinischen und pflegerischen Personals für die Patienten betreffen diese Dimension. Das Ziel besteht darin, dass Patienten leicht und zeitnah den Zugang zu qualifizierten Gesundheitsfachkräften haben.

Angehörige und Besucher: Die Bedürfnisse und Erwartungen von Angehörigen und Besuchern während des Aufenthaltes und der Behandlung eines Patienten sind der Inhalt dieser Dimension. Sie schafft eine unterstützende Umgebung und steigert die Patientenzufriedenheit.

Medizinisches und pflegerisches Personal: Im Fokus steht hierbei die Interaktion und die Erfahrungen, welche die Patienten während ihrer medizinischen Behandlung mit Gesundheitsfachkräften wie Ärzten, Krankenschwestern und Pflegern wahrnehmen.

Entlassung: Die Dimension bezieht sich auf den Prozess und die Erfahrungen während des Austritts oder der Entlassung aus einer Gesundheitseinrichtung. Sie erfasst den Übergang des Patienten von der stationären Behandlung zur ambulanten oder häuslichen Pflege und sichert die Kontinuität der Versorgung.

Gesamteindruck: Die allgemeine Wahrnehmung und Bewertung, die Patienten von ihrer Gesamterfahrung in einer Gesundheitseinrichtung oder während einer medizinischen Behandlung haben, erfasst diese Dimension. Sie reflektiert das subjektive Empfinden und die Gesamtbewertung der Versorgungsqualität aus Sicht des Patienten (vgl. Buchholz, 2011, S. 193–196; vgl. Klotz et al., 2008, S. 889; vgl. Lorenz, 2023a, S. 36–41; vgl. Zinn, 2010, S. 123–126).

2.3 Aktueller Forschungsstand

In der Onkologie ist die optimale medizinische Versorgung sowie ein reibungsloser Ablauf zur Steigerung der Lebensqualität notwendig. Die Betroffenen befinden sich in einer veränderten Lage, welche durch physische und psychische Auswirkungen den Gesundheitszustand

beeinflussen. Es ist eine individuelle, personalisierte und patientenorientierte Behandlung erforderlich. Eine personalisierte Behandlung berücksichtigt die individuellen Bedürfnisse, den Gesundheitszustand, die psychische Verfassung sowie andere relevante Aspekte der Patienten. Somit ist die Patientenzufriedenheit ein bedeutender Aspekt, der sich aus der Patientenorientierung und der angepassten persönlichen Behandlung ergibt (vgl. Degen et al., 2014, S. 204–206).

Die Relevanz der Patientenzufriedenheit hat in den vergangenen Jahren stetig an Bedeutung gewonnen. Dies führt zu Verbesserungen in den Einrichtungen und dem eingeschlossenen QM. Die Zufriedenheit der Patienten beeinflusst nicht nur die Einrichtung selbst, sondern auch das gesundheitliche Wohlbefinden der Patienten und trägt zur Verbesserung ihres Gesundheitszustandes sowie zur erfolgreichen Bewältigung der Krankheit bei. Die Entscheidung für eine Einrichtung wird maßgeblich von der Zufriedenheit des Patienten beeinflusst. Die resultierende Wettbewerbsfähigkeit unterschiedlicher Einrichtungen kann durch die Zufriedenheit der Patienten gesteigert werden. Es kann dazu beitragen, Neupatienten zu gewinnen oder den bestehenden Patientenstamm zu erhalten (vgl. Baumann et al., 2008, S. 871; vgl. Ong et al., 1995, S. 185–200; vgl. Weißflog et al., 2013, S. 306).

Für die Erfassung der Patientenzufriedenheit kann aus der Literatur kein einheitlicher und valider Fragebogen erschlossen werden. Somit gibt es bislang kein einheitliches Erhebungsinstrument, welches die Patientenzufriedenheit in deutschen Krebszentren erfasst. Die Vielfalt der medizinischen Behandlungen und die individuellen Bedürfnisse der Patienten erfordern eine flexible Herangehensweise. Folglich entwickeln die Gesundheitseinrichtungen ihren eigenen individuellen Fragebogen, welcher auf die speziellen Dienstleistungen und Patientengruppen angepasst wird. Er ermöglicht gezielt die Informationen zu sammeln, um anschließend auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten einzugehen (vgl. Degen et al., 2014, S. 205; vgl. Schmidt et al., 2003, S. 619–621).

3 Fragestellung

Im nachfolgenden Kapitel wird anhand der zuvor präsentierten theoretischen Erkenntnisse, welche für ein besseres Verständnis notwendig sind, die Fragestellung dieser Untersuchung abgeleitet.

Meist berichten Patienten nach ihrer Entlassung aus den Gesundheitseinrichtungen über die wahrgenommene Zufriedenheit. Die daraus resultierende Zufriedenheit oder Unzufriedenheit der Patienten stellt einen wesentlichen Aspekt des internen Qualitätsmanagements von Kliniken dar. Schwachstellen der Einrichtung können identifiziert werden, um gezielte

Maßnahmen für Verbesserungen abzuleiten. Die Maßnahmen können Handlungsempfehlungen darstellen, welche basierend auf gezielter Literatur oder auf den Ergebnissen eines internen Benchmarkings erschlossen werden konnten. Das interne Benchmarking erweist sich als äußerst sinnvoll, um neue Behandlungsmethoden zu generieren, welche in ähnlichen oder gleichen Klinikstrukturen bessere Resonanz erzielt haben (vgl. Hensen, 2022, S. 557–564; vgl. Schmidt et al., 2003, S. 620).

Das Hauptanliegen dieser Untersuchung ist ein Vergleich in einem deutschen Krebszentrum, bei dem statistisch signifikante Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den ausgewählten Organkrebszentren ermittelt werden. Anschließend können die festgestellten Unterschiede aufzeigen, in welchen Aspekten die Patienten in einem der ausgewählten Organkrebszentren im Vergleich zu anderen eine bessere Resonanz erzielt haben. Es bildet die Grundlage zur Ableitung anschließender Handlungsempfehlungen für eine verbesserte Zufriedenheit der Patienten. Daraus sich ergibt weiterführend die folgende Fragestellung für die Untersuchung: **„Welche statistisch signifikanten Unterschiede und Gemeinsamkeiten lassen sich innerhalb der Patientenzufriedenheit im Jahr 2021 zwischen den ausgewählten Organkrebszentren des Nationalen Centrum für Tumorerkrankungen Dresden (NCT/ UCC Dresden) identifizieren?“**

In die Untersuchung wurden das Gynäkologische Krebszentrum, Regionales Brustzentrum; Standort: Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Hauttumorzentrum, Viszeralonkologische Zentrum und Kopf-Hals-Tumorzentrum des NCT/UCC Dresden einbezogen. Es erfolgte eine statistische Analyse der Aspekte „Organisation und Ablauf“, „Ärztliche und pflegerische Versorgung“, „Ausstattung und Service“ und „Entlassung“, um signifikante Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu identifizieren.

Bezugnehmend auf die oben genannte Fragestellung wird ergänzend mit der Untersuchung folgende Forschungshypothese überprüft: *„Es gibt statistisch signifikante Unterschiede zwischen den ausgewählten Organkrebszentren“*. Im Gegensatz dazu ist die Nullhypothese die alternative Annahme zur Forschungshypothese. Die Nullhypothese besagt: *„Es gibt keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den ausgewählten Organkrebszentren“*. Die gewählte Analyse (deskriptive Statistik) und Auswertung (Inferenzstatistik) ermöglicht die vorhandenen Daten zu untersuchen, um Forschungshypothese und Alternativhypothese zu überprüfen (vgl. Baur & Blasius, 2019, S. 223–228; vgl. Häder, 2015, S. 127–130).

4 Methodik

Im folgenden Kapitel wird das methodische Vorgehen der Untersuchung detailliert beschrieben.

4.1 Vorstellung der Einrichtung

Das NCT/UCC Dresden ist eine gemeinsame Einrichtung des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden (UKD), der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität Dresden, des Deutschen Krebsforschungszentrums und des Helmholtz-Zentrums Dresden-Rossendorf. Es ist eine Schnittstelle von interdisziplinärer Patientenversorgung und exzellenter Krebsforschung. Das NCT/UCC Dresden strebt an, die Ergebnisse der Krebsforschung weiterzuentwickeln, in klinischen Studien zu erproben und zum Wohl der Patienten in Routinebehandlungen einfließen zu lassen. Eine angepasste Behandlung für jeden einzelnen Patienten wird angestrebt (vgl. Bornhäuser et al., 2023, S. 17–18).

Im Jahr 2003 wurde das Universitäts KrebsCentrums Dresden (UCC), als eines der ersten Comprehensive Cancer Center in Deutschland gegründet. Das implementierte QMS gemäß der DIN EN ISO 9001 wurden bereits 2004 erstmalig zertifiziert. Seitdem ist sie fester Bestandteil und wird kontinuierlich berücksichtigt. 2007 wurde nach internationaler Begutachtung der Deutschen Krebshilfe das UCC zu einem von fünf „Onkologischen Spitzenzentren“ zertifiziert. Seitdem konnte diese Zertifizierung stets aufrechterhalten werden. Das UKD wurde als Partnerstandort des Nationalen Centrum für Tumorerkrankungen (NCT) im Jahr 2015 ausgewählt und 2019 als eigener Standort anerkannt. 2020 erfolgte die organisatorische und strukturelle Zusammenführung des UCC und NCT zum NCT/UCC Dresden. Das UCC fungiert als Abteilung, welche sich um die Versorgung der Patienten kümmert, während das NCT sich auf die translationalen Forschungsaspekte konzentriert (vgl. Bornhäuser et al., 2023, S. 17).

Zum jetzigen Zeitpunkt gehören zehn Organkrebszentren dem Onkologischen Zentrum an: Gynäkologisches Krebszentrum (GZ), Regionales Brustzentrum Dresden, Kopf-Hals-Tumorzentrum (KHTZ), Neuroonkologisches Zentrum, Kinderonkologisches Zentrum, Sarkomzentrum, Hauttumorzentrum (UHTZ), Zentrum für Hämatologische Neoplasien, Uroonkologisches Zentrum mit den Tumorentitäten Niere und Prostata und Viszeralonkologisches Zentrum mit den Tumorentitäten Leber, Ösophagus, Darm, Pankreas und Magen (VOZ). Das Regionale Brustzentrum Dresden besteht aus den vier Standorten UKDD, Diakonissenkrankenhaus Dresden, St. Joseph-Stift Dresden und den ELBLANDKLINIKUM Radebeul. Das Onkologische Zentrum organisiert und koordiniert übergreifend die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen zertifizierten Organkrebszentren und den Kliniken/Instituten/Praxen auf dem Gebiet der Onkologie. Mit einer vereinheitlichten interdisziplinären Diagnostik, Therapie und Nachsorge verfolgt das Onkologische Zentrum des NCT/UCC eine medizinisch-onkologische Versorgung auf hohem klinischem und wissenschaftlichem Niveau (vgl. Bornhäuser et al., 2023, S. 22–25).

Das Onkologische Zentrum des NCT/UCC Dresden ist mit jährlich über 9.000 Patientinnen und Patienten eine zentrale Anlaufstelle für Menschen mit einer Krebserkrankung in der Region Dresden und darüber hinaus. Im Jahr 2022 wurden 7.721 Patienten in der Kernambulanz des NCT/UCC Dresden registriert. Patienten, welche in den Sprechstunden der internistischen Onkologie, Dermatologie, Chirurgie, Tumororthopädie und Strahlentherapie behandelt wurden, sind hier mit enthalten. Ergänzend wurden 3.716 Primärfälle verzeichnet, welche Patienten mit Ersterkrankungen erfassen (vgl. Bornhäuser et al., 2023, S. 22–33).

4.2 Auswahl der Organkrebszentren

Es werden gezielt in die Untersuchung die Organkrebszentren des UKD einbezogen. Die Auswahl erfolgte aufgrund von ähnlichen oder identischen Klinikstrukturen, um eine optimale Vergleichbarkeit aufgrund geringerer Verzerrungen zu erreichen. Das Regionale Brustzentrum des NCT/ UCC Dresden besteht neben dem UKD aus drei weiteren Standorten. Diese Standorte sind das Krankenhaus St. Joseph-Stift Dresden, Diakonissenkrankenhaus Dresden und ELBLANDKLINIKUM Radebeul. Trotz der zusätzlichen Standorte wurden sie bewusst von der Erhebung ausgeschlossen, um den Fokus der Untersuchung auf die spezifischen Organkrebszentren innerhalb des UKDD zu legen (vgl. Bornhäuser et al., 2023, S. 72).

Die Patientenzufriedenheit wurde innerhalb unterschiedlicher Erhebungszeiträume in den jeweiligen Organkrebszentren erfasst. Um eine konstante Vergleichsbasis für die Auswertung sicherzustellen, wurden ausschließlich Daten aus einem einzigen Jahr in die Untersuchung einbezogen. Dieser Ansatz war besonders wichtig, da sich aufgrund der Corona-Pandemie die Gesamtsituation stetig verändert hat. Die Corona-Pandemie hatte Einfluss auf die Zugänge von Patienten und Angehörigen sowie auf die damit verbundenen Behandlungsergebnisse. Die Auswahl des Jahres 2021 erwies sich als sinnvoll, um die variierenden coronabedingten Maßnahmen bestmöglich zu berücksichtigen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, o. J.; vgl. Härter et al., 2020, S. 676–680). Folglich wurden die Organkrebszentren VOZ, UHTZ, KHTZ, GZ und Regionales Brustzentrum am Standort Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden (RZ) des UKDD in die Untersuchung eingeschlossen, welche die Patientenzufriedenheit im Jahr 2021 erfassten. Die Auswahl der geeigneten Organkrebszentren wird als Übersicht in dem Anhang 1 dargestellt.

Das VOZ am NCT/UCC Dresden ist gegliedert in fünf untergeordneten Organkrebszentren, dies sind das Magenkrebszentrum, das Darmkrebszentrum, das Pankreaskarzinomzentrum, das Speiseröhrenkrebszentrum und das Leberkrebszentrum. In diesem Zentrum sowie den untergeordneten spezifischen Zentren werden Tumorerkrankungen der Bauchspeicheldrüse, des Dickdarms und Blinddarms, des Magens, der Leber und der Speiseröhre aufgrund

standardisierten Behandlungsabläufen diagnostiziert und behandelt. Im Jahr 2021 wurden im VOZ insgesamt 425 Fälle erfasst. Davon waren 171 Patienten mit einer Primärerkrankung, bei denen erstmals die Tumorentität diagnostiziert wurde. Im Jahr 2021 wurden 398 operative Eingriffe innerhalb der fünf zertifizierten Tumorentitäten durchgeführt (vgl. Bornhäuser et al., 2023, S. 101–110).

Das UHTZ am NCT/UCC Dresden ist mittels standardisierter Abläufe spezialisiert auf die Diagnostik und Behandlung von bösartigen Hauttumoren. Dies wird mit den Therapiemöglichkeiten wie z.B. der Immuntherapie, der zielgerichteten Tumorthherapie oder der gewebeschonenden Operationen umgesetzt. Das UHTZ besitzt eine Schlüsselrolle in der dermatologischen Onkologie und der Dermatochirurgie. Im Jahr 2021 wurden hier 1.497 Primärfälle erfasst, bei denen die Erstdiagnose gestellt wurde und bereits eine Haupttherapie erfolgte. Bei 1.362 Patienten wurde eine dermatologische Operation durchgeführt. Die Patienten werden aufgrund ihres Behandlungsstandes in folgende Gruppen gegliedert: Erstvorstellungen, laufende medizinische Behandlungen oder der Tumornachsorge (vgl. Bornhäuser et al., 2023, S. 41–50).

Das KHTZ am NCT/UCC Dresden behandelt komplexe Tumorerkrankungen des Kopf- und Halsbereich. Dazu gehören Tumore der Mundhöhle, des Kehlkopfes, des Kiefers, des Zungengrundes, des Ohres, der Nase, der Halsweichteile sowie der Haut im Kopf-Hals-Bereich. Im Jahr 2021 wurden insgesamt 229 Fälle behandelt, wovon 169 als primäre Fälle registriert wurden. Von den insgesamt erfassten Fällen unterzogen sich 167 Patienten einem operativen Eingriff (vgl. Bornhäuser et al., 2023, S. 141–149).

Das GZ am NCT/UCC Dresden diagnostiziert und behandelt gynäkologische Krebserkrankungen. Dazu gehören Krebserkrankungen des Eierstocks, des Eileiters, des Bauchfells, der Gebärmutter, des äußeren Geschlechtsorganes der Frau sowie Gebärmutterhalskrebs und Scheidenkarzinome. Insgesamt wurden im Jahr 2021 251 Patienten erfasst, von denen bilden 179 Patienten den Primäranteil (vgl. Bornhäuser et al., 2023, S. 58–66).

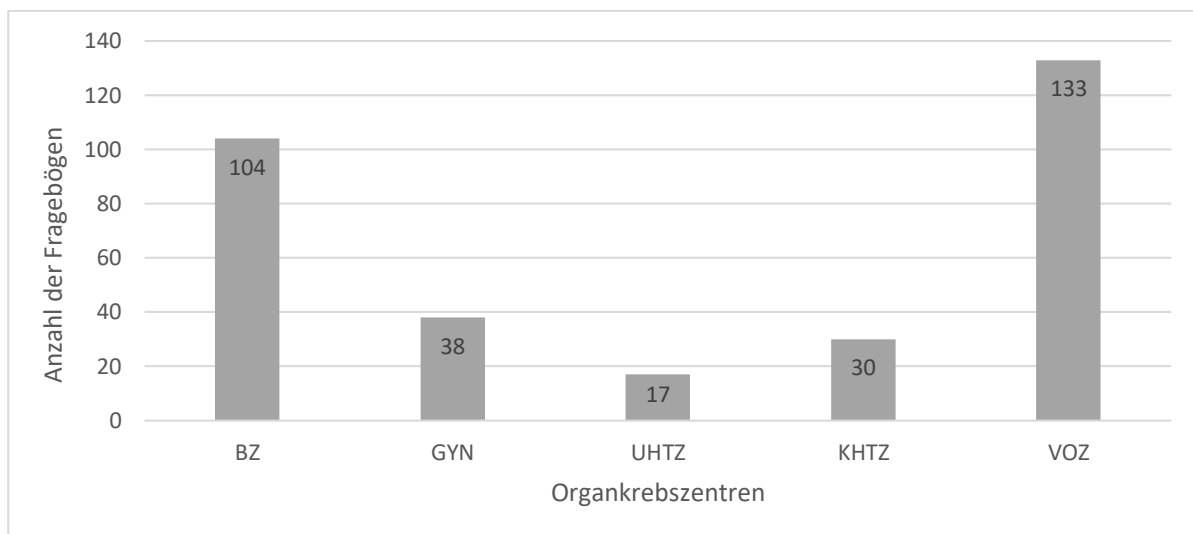
Das RZ ist spezialisiert auf Patienten mit Mammakarzinomen. Der dabei behandelte Brustkrebs ist eine bösartige Tumorerkrankung im Bereich der Brust. Die Diagnose erfolgt anhand der Mammografie, welches als bildgebendes Verfahren zur Feststellung der Tumorerkrankung eingesetzt wird. Bei Feststellung einer bösartigen Tumorerkrankung wird eine Gewebeentnahme (Biopsie) durchgeführt und untersucht. Der Brustkrebs ist die häufigste Tumorerkrankung bei Frauen weltweit. Es wurde im RZ 309 Primärfälle im Jahr 2021 registriert (vgl. Bornhäuser et al., 2023, S. 72–79)

4.3 Stichprobenbeschreibung

Zur Sicherstellung der Repräsentativität und Aussagekraft der Ergebnisse wurden bestimmte Auswahlkriterien für die Wahl der Organkrebszentren definiert. Diese Kriterien wurden im vorherigen Kapitel detailliert beschrieben. Anschließend erfolgte die Aufnahme der erfassten Patientenzufriedenheit von den ausgewählten Organkrebszentren aus dem Jahr 2021 in die Untersuchung. Es konnten 322 ausgefüllte Fragebögen erfasst werden, welche die Datengrundlage dieser Untersuchung darstellt. Die Stichprobe schließt Patienten des VOZ, UHTC, KHTZ, GZ und BZ ein, die innerhalb des Erhebungszeitraum stationär behandelt oder bereits entlassen waren.

Die dargestellte Stichprobe wird als Quotenstichprobe bezeichnet, da die Organkrebszentren basierend auf den im Voraus festgelegten Kriterien ausgewählt wurden. Diese strategische Auswahlmethode sollte sicherstellen, dass die Stichprobe die Zufriedenheit der Patienten in den verschiedenen Zentren im Jahr 2021 angemessen widerspiegelt (vgl. Döring & Bortz, 2016, S. 307–309). In der nachfolgenden Abbildung ist die Anzahl der ausgefüllten Fragebögen, welche als Stichprobe dieser Untersuchung dienten, visuell dargestellt.

Abbildung 1. Anzahl der ausgefüllten Fragebögen der ausgewählten Organkrebszentren.



Anmerkung. Eigene Darstellung.

4.4 Erhebungsinstrument

Der bereits in den vorherigen Kapiteln genannte Fragebogen stellt das Erhebungsinstrument der Daten dar. Ziel des Fragebogens ist, die Zufriedenheit der Patienten sowie die von den

Patienten empfundene Wichtigkeit der Fragen in den einzelnen Organkrebszentren des NCT/UCC Dresden am UKDD zu ermitteln. Anhand dessen konnten aussagekräftige Erkenntnisse gewonnen werden, wie die Patienten die Qualität ihres Aufenthaltes in den jeweiligen Zentren wahrgenommen haben.

In den Fragebögen werden Daten in unterschiedlicher Reihenfolge den Aspekten „Organisation und Ablauf“, „Ärztliche und pflegerische Versorgung“, „Unterstützende Maßnahmen“, „Informationsmaterial“, „Ausstattung und Service“, „Entlassung“, „Gesamteindruck“ sowie „Allgemeine Fragen“ dargestellt. Es wurden Matrizen verwendet, um die Übersichtlichkeit zu verbessern. Jede Zeile beinhaltet eine Frage, bezogen auf den jeweiligen Aspekt. In den Spalten wurden die Bewertungsausprägungen der Zufriedenheit und Wichtigkeit dargestellt.

Zuerst wurde bei allen eingeschlossenen Fragebögen, außer dem VOZ-Fragebogen, die Bewertung des Aspektes „Organisation und Ablauf“, mit den Informationen zur Terminvergabe, zur allgemeinen Organisation und zu den Wartezeiten abgefragt. Die ärztliche und pflegerische Versorgung, einschließlich Untersuchung, Diagnostik und Aufklärung, wurde anschließend abgefragt. Hierbei erfolgte eine Unterteilung in „Ärztliches Personal“, „Pflegepersonal“ und „Aufklärung“. Der KHTZ-Fragebogen ist ergänzend untergliedert in „Psychoonkologischer Dienst“. Bei den anderen Fragebögen ist dies in dem Aspekt „Unterstützende Maßnahmen“ inkludiert. Die Reihenfolge der nachfolgenden Aspekte variiert innerhalb der analysierten Fragebögen. Der Bereich „Unterstützende Maßnahmen“ umfasste Betreuungsangebote, wie beispielsweise Sozialdienst oder Physiotherapie. In einem Freitext konnten die Patienten ihre Anmerkungen und Ergänzungen eintragen. Der Aspekt „Ausstattung und Service“ beurteilt die Qualität der Räumlichkeit einschließlich Patientenzimmer. „Entlassung“ dient zur Erfassung relevanter Kriterien des Entlassungsprozesses. Allgemeine Informationen der Patienten, wie Alter und Geschlecht werden im Aspekt „Allgemeine Fragen“ abgefragt. Zusätzlich bewerteten alle Fragebögen (außer dem KHTZ) die Zufriedenheit bezüglich des erhaltenen Informationsmaterials. Der Gesamteindruck wurde in allen Fragebögen (außer im VOZ) erfasst. Der Fragebogen des VOZ erfasst zusätzlich die Beurteilung des Ablaufes der „prästationären Aufnahme“ aus Sicht der Patienten. Abschließend erhielten alle Patienten die Möglichkeit Kommentare, Lob und Kritik in einem Freitextfeld zu hinterlassen.

Die Zufriedenheit der Patienten wurde in den einzelnen Aspekten mittels fünf Bewertungsausprägungen erfasst. Die Ausprägungen waren „sehr zufrieden“, „zufrieden“, „weder noch“, „unzufrieden“, „sehr unzufrieden“. Falls Patienten Fragen nicht beantworten konnten, hatten sie die Möglichkeit, dies mit „kann ich nicht beurteilen“ anzugeben. Ergänzend zur Erfassung der Zufriedenheit hatten die Patienten die Möglichkeit, die empfundene

Wichtigkeit der vorgenannten Fragen nach „sehr wichtig“, „wichtig“ oder „unwichtig“ zu bewerten. In den vereinzelt Freitextfeldern konnten Patienten Äußerungen bezüglich der verschiedenen Aspekte mit eigenen Worten wiedergeben. Im Anhang 2 bis 5 befinden sich die verwendeten Fragebögen, welche an den Patienten ausgehändigt wurden.

4.5 Datenerhebung

4.5.1 Zeitraum der Datenerhebung

Die Zufriedenheit der Patienten wurde in den verschiedenen Organkrebszentren zu unterschiedlichen Zeiträumen erfasst. Diesbezüglich werden die Zeiträume separat voneinander dargestellt. Die Erfassung der Zufriedenheit der Patienten im VOZ erfolgte im Zeitraum vom 1. Oktober bis 31. Dezember 2021, welche von den Stationen VTG-S1, VTG-S3 und VTG-S5 entlassen wurden. Das KHTZ hingegen erfasste die Zufriedenheit der Patienten, welche ambulant oder stationär im zweiten Quartal vom 18. Mai bis 18. August 2021 behandelt wurden. In den Organkrebszentren des GZ, BZ und UHTZ wurde die Patientenzufriedenheit im gesamten Jahr 2021, vom 1. Januar bis einschließlich 31. Dezember, erfasst. Für diese Untersuchung wurden die benötigten Daten im Juli 2023 aus dem System des NCT/ UCC Dresden rekrutiert.

4.5.2 Datenerhebungsmethoden

Die Datenerhebung erfolgte mithilfe des in 4.4 beschriebenen Fragebogens, welche eine Kombination aus persönlicher Ausgabe und postalische Rücksendung darstellt. Während des Klinikaufenthaltes oder bei der Entlassung erhielten die Patienten einen Paper-Pencil-Fragebogen zusammen mit einem frankierten Briefumschlag, um ihnen die Möglichkeit zu geben, den ausgefüllten Fragebogen auf dem Postweg zurückzusenden. Diese Methode ermöglicht es den Patienten, während der Ausgabe des Fragebogens mündlich über den Zweck der Patientenzufriedenheitserhebung informiert zu werden und sie zur Teilnahme zu motivieren (vgl. Döring & Bortz, 2016, S. 413–415).

Die folgende Sekundäranalyse dieser Untersuchung greift auf bereits erhobene Daten zurück, die ursprünglich unter einer anderen Fragestellung erhoben wurden und jetzt erneut analysiert werden. Die vorliegenden Daten haben eine starke Ähnlichkeit zu der bereits durchgeführten Primäranalyse und stehen somit im ähnlichen Forschungskontext. Obwohl die Daten der Sekundäranalyse ohne zusätzliche Ressourceneinsatz erhoben werden können, stellt sich die

Herausforderung, sie gezielt für die Beantwortung der aktuellen Forschungsfrage einzusetzen (vgl. Döring & Bortz, 2016, S. 191; vgl. Häder, 2015, S. 127–129).

4.5.3 Durchführung der Datenerhebung

Die standardisierten Fragebögen wurden innerhalb der beschriebenen Zeiträume den Patienten ausgehändigt. Im KHTZ und BZ erfolgte dies durch das Pflegepersonal bei der Entlassung, indem die Patienten die Entlassungsmappe mit dem Fragebogen erhielten. Im GZ hingegen wurde die Entlassungsmappe mit den Fragebögen von den behandelten Ärzten an die Patienten ausgehändigt. Im UHTZ erhielten die Patienten bei der Erstaufnahme die Patientenmappe, die den Fragebogen enthielt. Die Patienten des VOZ hingegen erhielten ihre Fragebögen per Post, zusammen mit einem frankierten Rückumschlag. Es gab keine Vorgabe an die Patienten, unabhängig vom jeweiligen Organkrebszentrum, innerhalb welchen Zeitraums sie den ausgefüllten Fragebogen zurücksenden mussten. Alle ausgefüllten Fragebögen aus den verschiedenen Organkrebszentren wurden postalisch an das NCT/ UCC Dresden gesendet und von dort aus an das Qualitätsmanagement des jeweiligen Zentrums weitergeleitet. In jedem Organkrebszentrum wurden die gesammelten Daten in einer Excel-Tabelle zusammengefasst und dargestellt. Dies ermöglichte eine übersichtliche Auswertung der Patientenzufriedenheit des jeweiligen Organkrebszentrums (vgl. Bornhäuser et al., 2023, S. 47, 61, 75, 105, 145).

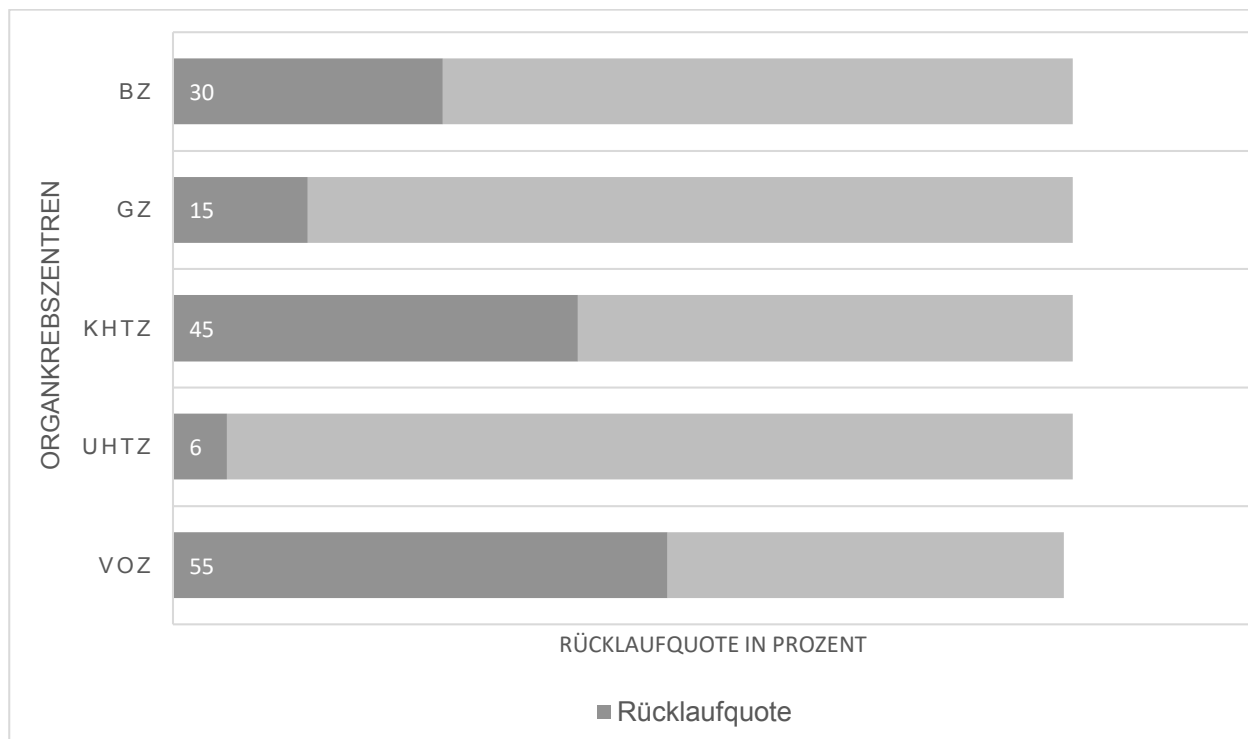
Aufbauend auf die zuvor beschriebene Primäranalyse erfolgte eine erneute Verwendung der erhobenen quantitativen Daten. Die Daten wurden in Bezug auf die ausgewählten Organkrebszentren analysiert, um einen Vergleich durchzuführen. Die Datenherkunft erfolgte ausschließlich aus den Exceltabellen, welche aus dem System des UKD herausgezogen wurden. Diese Sekundärdaten bilden die Grundlage für den anschließenden Vergleich der Patienten zwischen den ausgewählten Organkrebszentren.

4.5.4 Rücklaufquote

Die Rücklaufquote bezeichnet die Anzahl der ausgefüllten Fragebögen der Patienten, welche innerhalb des Erhebungszeitraumes erfasst wurden. Diese liegt zwischen 5% und 60%. Die Höhe der Rücklaufquote steht im Verhältnis zur Repräsentativität der Studie (vgl. Döring & Bortz, 2016, S. 405, 412).

Die Rücklaufquote der Fragebögen in den einzelnen Organkrebszentren wird in der folgenden Abbildung dargestellt.

Abbildung 2. Rücklaufquote innerhalb der einzelnen Organkrebszentren.



Anmerkung. Eigene Darstellung.

4.5.5 Datenvorverarbeitung

Für die Sekundäranalyse wurden die Fragebögen aus den verschiedenen Organkrebszentren für einen ersten Überblick sorgfältig geprüft und analysiert. Es wurde eine Übersicht erstellt, in der die Fragebögen der ausgewählten Zentren zusammen mit den jeweiligen Aspekten und den dazugehörigen Fragen aufgeführt wurden. Fragen, die in den analysierten Fragebögen auftauchten, wurden durch Ankreuzen markiert. Anschließend konnte aus dieser Übersicht festgestellt werden, welche Fragen in den analysierten Fragebögen mehrfach vorkamen, um sie anschließend in die Untersuchung mit einzubeziehen. Zusammenfassend kann die Analyse der identifizierten Fragen, welche in allen fünf Organkrebszentren vorkamen aus Anhang 6 erschlossen werden. Dabei wurden folgenden Fragen für die Vergleichsanalyse herausgefunden:

- Wie zufrieden waren Sie mit der Terminvergabe?
- Wie zufrieden waren Sie mit den Informationen über die organisatorischen Abläufe auf der Station?
- Wie zufrieden waren Sie mit der Freundlichkeit der Ärzte/innen?
- Wie zufrieden waren Sie mit der Erreichbarkeit der Ärzte/innen?
- Wie zufrieden waren Sie mit der Freundlichkeit der Pflegekräfte?

- Wie zufrieden waren Sie mit der Erreichbarkeit der Pflegekräfte?
- Wie zufrieden waren Sie mit der Aufklärung über die geplanten Behandlungen/ Untersuchungen sowie mögliche Nebenwirkungen?
- Wie zufrieden waren Sie mit der Terminplanung für die weiteren Behandlungen/ Untersuchungen?
- Wie zufrieden waren Sie mit der Ausstattung des Patientenzimmer?
- Wie zufrieden waren Sie mit der Sauberkeit des Patientenzimmer?
- Wie zufrieden waren Sie mit den Möglichkeiten zur Ruhe?
- Wie zufrieden waren Sie mit der Verfügbarkeit von Warteräumen für Patienten und Besucher?
- Wie zufrieden waren Sie mit dem Sozialdienst?
- Wie zufrieden waren Sie mit der Psychoonkologischen Betreuung?
- Wie zufrieden waren Sie mit der zeitlichen Ankündigung des Entlassungstermin?
- Wie zufrieden waren Sie mit der Empfehlung zur Weiterbehandlung?
- Wie zufrieden waren Sie mit der Qualität des Entlassungsgesprächs?
- Wie zufrieden waren Sie mit der Wartezeit auf den Entlassungsbrief?
- Wie zufrieden waren Sie mit der Einbeziehung des weiterbehandelnden Arztes?
- Wie zufrieden waren Sie mit den Informationen über die regelmäßige Nachsorge?

Die Ergebnisse der identifizierten Fragen wurden vorerst separat für jedes Zentrum in einzelnen Exceltabellen erfasst, da aufgrund unterschiedlicher Kodierungen der Bewertungsausprägungen eine spezifische Anpassung erforderlich war. Es wurde folgende Kodierung verwendet: 1 = sehr zufrieden; 2 = zufrieden, 3 = weder noch, 4 = unzufrieden, 5 = sehr unzufrieden, -99 = kann ich nicht beurteilen, -98 = keine Angabe. Anschließend erfolgte eine Vereinheitlichung der Datenkodierung, um alle Daten in einem Datensatz zusammenfassen zu können. Zusätzlich wurde die Zugehörigkeit zum jeweiligen Organkrebszentrum gekennzeichnet. Somit konnte eine präzise Zuordnung der Daten und ein anschließender repräsentativer Vergleich der Ergebnisse zwischen den ausgewählten Zentren gewährleistet werden.

4.5.6 Datenbereinigung

Die Daten und deren Ausprägung wurden analysiert, um festzustellen, ob Fragen aufgrund von fehlenden oder keinen Angaben eine hohe „Non-Response-Rate“ aufweisen. Der zuvor erstellte Datensatz wurde in das Statistikprogramm SPSS Statistics (Version 27; IBM Corp., 2021) importiert. Anschließend erfolgte eine deskriptive Statistik (Anhang 7), welche die

einzelnen Fragen und die Anzahl der Bewertungsausprägungen darstellen. Hiermit konnte festgestellt werden, bei welchen Fragen überwiegend „keine Angabe“ oder die Angabe „kann ich nicht beurteilen“ erfolgte. Im weiteren Verlauf wurden Fragen oder Zentren ausgeschlossen, welche auf Grund ihrer hohen Non-Response-Rate nicht aussagekräftig waren oder die Aussagekraft verloren (vgl. Engel & Schmidt, 2022, S. 331–332; vgl. Stein, 2014, S. 150).

Anhand der Ergebnisse der Deskription wurden die Fragen bezüglich der Zufriedenheit mit dem „Sozialdienst“ und der „Psychoonkologischen Betreuung“ aus der Erhebung ausgeschlossen, weil 42,55 % der Bewertungsausprägungen aus keinen Angaben oder die Angabe „kann ich nicht beurteilen“ bestand. Aufgrund dessen wurde der gesamte Aspekt „Unterstützende Maßnahmen“ aus der Erhebung ausgeschlossen. Für die weitere statistische Analyse wurden die Werte „-98 - keine Angabe“ und „-99 - kann ich nicht beurteilen“ als fehlende Werte (Missing) bei jeder Fragestellung festgelegt.

4.6 Statistische Analyse

Der bereinigte Datensatz wurde mittels statistischer Analyse in SPSS aufbereitet und für die Überprüfung der Hypothesen verwendet.

4.6.1 Deskriptive Statistik

Für die Analyse der Daten mittels der Deskriptiven Statistik erwies sich die Verwendung von Kreuztabellen als nützlich. Hiermit konnte die Vielzahl der Fragen und deren Bewertungsausprägungen übersichtlich visuell dargestellt werden (vgl. Tausendpfund, 2022, S. 109). Innerhalb dieser wurden die einzelnen Häufigkeiten sowie deren prozentualer Anteil dargestellt. Zusätzlich kann der gesamte Anteil der einzelnen Bewertungsausprägungen innerhalb der analysierten Frage entnommen werden. Die Analyse mittels Kreuztabellen liefert nicht nur Einblicke in die Zusammenhänge, sondern ermöglicht auch die Extraktion wichtiger statistischer Kennzahlen. Die Beziehung zwischen den Organkrebszentren deutlich zu visualisieren und gleichzeitig tiefere Einblicke in die Verteilung der Bewertungsausprägungen zu erhalten, ermöglicht dieser Ansatz. Auf Grundlage der visuellen Darstellung der statistischen Kennzahlen in den Kreuztabellen wird die Interpretation erleichtert und ermöglicht fundierte Schlussfolgerungen in Verbindung mit der anschließenden Inferenzstatistik (vgl. Steiner & Benesch, 2021, S. 84–85).

4.6.2 Inferenzstatistik

Um die Hypothesen zu überprüfen erfolgte nach der umfassend Datenanalyse ergänzend die Inferenzstatistik mithilfe nicht-parametrischer Tests. Für die Durchführung der nicht-parametrischen Tests ist die Festlegung des Skalenniveaus der untersuchten Variablen notwendig. Auf Basis des Skalenniveaus kann der geeignete Test ausgewählt werden. Es wurde das ordinäre Skalenniveau gewählt, da die Ausprägungen „sehr zufrieden“ bis „sehr unzufrieden“ eine sinnvolle Rangfolge darstellen. Die Abstände innerhalb der Rangfolge waren nicht definiert und besaßen keine Aussagekraft (vgl. Bortz & Schuster, 2010, S. 13). Aufgrund des ordinären Skalenniveaus, war die Überprüfung der Normalverteilung der Variablen nicht notwendig und es wurde anschließend der Kruskal-Wallis-U-Test durchgeführt (vgl. Budischewski & Günther, 2020, S. 70).

Der Kruskal-Wallis-Test wurde eingesetzt, um die Hypothese zu überprüfen, ob statistisch signifikante Unterschiede zwischen den ausgewählten Organkrebszentren in Bezug auf die untersuchte Frage bestehen. Die Nullhypothese besagt, dass es keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den ausgewählten Organkrebszentren in Bezug auf das analysierte Kriterium gibt. Dies kann durch die asymptotische Signifikanz bestätigt werden, indem der p-Wert größer oder gleich 0.05 ist. Andernfalls wird die Nullhypothese abgelehnt und die Forschungshypothese angenommen, welches auf ein signifikantes Ergebnis hindeutet. Dies bestätigt einen statistischen signifikanten Unterschied zwischen den ausgewählten Organkrebszentren in Bezug auf die zu analysierende Frage. Der festgestellte statistisch signifikante Unterschied wird mittels der Asymptotischen Signifikanz, wenn der p-Wert kleiner 0.05 ist, erschlossen. Die genutzte Asymptotische Signifikanz basiert auf einer vordefinierte Signifikanzschwelle von Alpha 0.05. Dies ermöglicht die Feststellung eines signifikanten Unterschied oder einer Gemeinsamkeit (vgl. Hatzinger & Nagel, 2013, S. 281–283).

Bei einem signifikanten Ergebnis des Kruskal-Wallis-H-Test wird erschlossen, dass es einen statistischen signifikanten Unterschied zwischen den ausgewählten Organkrebszentren gibt. Um zu analysieren, welche Unterschiede zwischen den fünf ausgewählten Organkrebszentren vorliegen, wurde im Anschluss daran der Post-Hoc-Test in Form des Mann-Whitney-U-Test angewendet. Hierzu kann die Forschungshypothese angenommen werden, wenn die Asymptotische Signifikanz kleiner dem p-Wert ist. Die Alternativhypothese geht davon aus, dass ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den analysierten Organkrebszentren und der ausgewählten Frage besteht. Im Vergleich dazu, wird die Nullhypothese angenommen, wenn die Asymptotische Signifikanz größer als der p-Wert ist. Die Nullhypothese besagt, dass es keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den

ausgewählten Organkrebszentren und der analysierten Frage gibt (vgl. Bortz & Schuster, 2010, S. 131–133).

Der verwendete p-Wert des Mann-Whitney-U-Test orientiert sich nicht an der vordefinierten Signifikanzschwelle von Alpha 0.05, sondern wird mittels der Bonferroni-Korrektur angepasst. Die Bonferroni-Korrektur wird angewendet, da aufgrund von mehrfacher Testung die sogenannte Alpha-Inflation auftritt. Das Signifikanzniveau Alpha (0.05) wurde dafür durch die zehn durchzuführenden Tests dividiert und somit korrigiert und angepasst. Daraus kann ein korrigiertes Niveau von $p=0.005$ erschlossen werden (vgl. Sedlmeier & Renkewitz, 2018, S. 421).

5 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die relevanten Ergebnisse der Erhebung systematisch dargestellt und anschließend erläutert. Es wird spezifisch darauf eingegangen, ob die Nullhypothese oder die Forschungshypothese in den einzelnen Aspekten angenommen oder abgelehnt werden kann. Die ermittelten Ergebnisse beziehen sich auf die Ausgabe von SPSS, welche sich für eine Nachvollziehbarkeit im Anhang 8 - 12 befinden.

In den Kreuztabellen werden in den Zeilen die einzelnen Organkrebszentren (BZ, GZ, HTZ, KHTZ und VOZ) und in den Spalten die einzelnen Bewertungsausprägungen (sehr zufrieden bis unzufrieden) dargestellt. Ergänzend kann der prozentuale Anteil der einzelnen Bewertungsausprägungen in den jeweiligen Organkrebszentren sowie der prozentuale Gesamtanteil erschlossen werden.

5.1 Aspekt A - Organisation und Ablauf

5.1.1 Deskriptive Statistik

Aus der nachfolgenden Kreuztabelle wurde ein gesamter prozentualer Anteil von 72,8 % der Variable „Terminvergabe“ [terminvergabe] hinsichtlich der Ausprägung „sehr zufrieden“ erfasst. Daraus kann erschlossen werden, dass die Patienten mit der Terminvergabe zufrieden waren. Der gesamte prozentuale Anteil der Variable „Informationen und Abläufe auf Station“ [storg_ablauef] verteilt sich auf die Ausprägungen „sehr zufrieden“ (45,2%) und „zufrieden“ (46,9%). bezüglich der Informationen und Abläufe auf Station vorwiegend gleich.

Tabelle 1. Statistische Kreuztabelle der Variable „Terminvergabe“ [terminvergabe].

		Terminvergabe				Gesamt	
		sehr zufrieden	zufrieden	weder noch	unzufrieden		
Organkrebszentrum	BZ	Anzahl	77	24	0	0	101
		% von Organkrebszentrum	76,2%	23,8%	0,0%	0,0%	100,0%
	GZ	Anzahl	29	8	0	1	38
		% von Organkrebszentrum	76,3%	21,1%	0,0%	2,6%	100,0%
	UHTZ	Anzahl	15	2	0	0	17
		% von Organkrebszentrum	88,2%	11,8%	0,0%	0,0%	100,0%
	KHTZ	Anzahl	19	10	0	0	29
		% von Organkrebszentrum	65,5%	34,5%	0,0%	0,0%	100,0%
	VOZ	Anzahl	82	33	4	1	120
		% von Organkrebszentrum	68,3%	27,5%	3,3%	0,8%	100,0%
Gesamt	Anzahl	222	77	4	2	305	
	% von Organkrebszentrum	72,8%	25,2%	1,3%	0,7%	100,0%	

Anmerkung. Eigene Darstellung.

Tabelle 2. Statistische Kreuztabelle der Variable "Informationen und Abläufe auf Station" [storg_ablaufe].

		Informationen und Abläufen auf Station				Gesamt	
		sehr zufrieden	zufrieden	weder noch	unzufrieden		
Organkrebszentrum	BZ	Anzahl	59	34	7	2	102
		% von Organkrebszentrum	57,8%	33,3%	6,9%	2,0%	100,0%
	GZ	Anzahl	22	12	2	1	37
		% von Organkrebszentrum	59,5%	32,4%	5,4%	2,7%	100,0%
	UHTZ	Anzahl	9	5	0	2	16
		% von Organkrebszentrum	56,3%	31,3%	0,0%	12,5%	100,0%
	KHTZ	Anzahl	13	14	0	0	27
		% von Organkrebszentrum	48,1%	51,9%	0,0%	0,0%	100,0%
	VOZ	Anzahl	35	78	5	5	123
		% von Organkrebszentrum	28,5%	63,4%	4,1%	4,1%	100,0%
Gesamt	Anzahl	138	143	14	10	305	
	% von Organkrebszentrum	45,2%	46,9%	4,6%	3,3%	100,0%	

Anmerkung. Eigene Darstellung.

5.1.2 Inferenzstatistik

Tabelle 3. Ergebnisse des Kruskal-Wallis-Test für [terminvergabe] & [storg_ablaufe].

Variable	H-Statistik	Signifikanz
Terminvergabe	H = 5.165	p = .271
Information und Abläufe auf Station	H = 19.112	p = .001

Anmerkung. Eigene Darstellung.

Auf Grundlage der Ergebnisse des Kruskal-Wallis-Tests wird die Nullhypothese für die Variable „Terminvergabe“ [terminvergabe] und die Forschungshypothese wird für die Variable „Informationen und Abläufe auf Station“ [storg_ablaufe] angenommen (Kruskal-Wallis-Test, $p < .05$).

In den vorliegenden Ergebnissen des Mann-Whitney-U-Test konnten statistisch signifikante Unterschiede der Variable „Informationen und Abläufe auf Station“ [storg_ablaufe] zwischen den BZ und VOZ sowie dem GZ und VOZ ermittelt werden (U-Test, $p < .005$). In Verbindung mit der statistischen Kreuztabelle ist der Unterschied darauf zurückzuführen, dass die Ausprägung „sehr zufrieden“ im BZ und GZ anhand eines höheren prozentualen Anteiles, im Gegensatz des VOZ dargestellt wird.

5.2 Aspekt B - Ärztliche und pflegerische Versorgung

5.2.1 Deskriptive Statistik

Die nachfolgenden Kreuztabellen verdeutlichen, dass der Großteil „sehr zufrieden“ mit der „Freundlichkeit Ärzte“ [freu_aerzte] (81,6%), „Erreichbarkeit Ärzte“ [erreich_aerzte] (50,7%), „Freundlichkeit Pflegekräfte“ [freu_pflege] (78,3%), „Erreichbarkeit Pflegekräfte“ [erreich_pflege] (69,9%), „Aufklärung“ [aufklaerung] (65,4%) und „weitere Terminplanung“ [termn_wtbeha] (57,0%) waren.

Tabelle 4. Statistische Kreuztabelle der Variable "Freundlichkeit Ärzte" [freu_aerzte].

		Freundlichkeit Ärzte			Gesamt	
		sehr zufrieden	zufrieden	weder noch		
Organkrebszentrum	BZ	Anzahl	89	14	1	104
		% von Organkrebszentrum	85,6%	13,5%	1,0%	100,0%
	GZ	Anzahl	36	2	0	38
		% von Organkrebszentrum	94,7%	5,3%	0,0%	100,0%
	UHTZ	Anzahl	16	1	0	17
		% von Organkrebszentrum	94,1%	5,9%	0,0%	100,0%
	KHTZ	Anzahl	27	2	0	29
		% von Organkrebszentrum	93,1%	6,9%	0,0%	100,0%
	VOZ	Anzahl	93	39	0	132
		% von Organkrebszentrum	70,5%	29,5%	0,0%	100,0%
Gesamt	Anzahl	261	58	1	320	
	% von Organkrebszentrum	81,6%	18,1%	0,3%	100,0%	

Anmerkung. Eigene Darstellung.

Tabelle 5. Statistische Kreuztabelle der Variable "Erreichbarkeit Ärzte" [erreich_aerzte].

		Erreichbarkeit Ärzte				Gesamt	
		sehr zufrieden	zufrieden	weder noch	unzufrieden		
Organkrebszentrum	BZ	Anzahl	56	32	0	1	89
		% von Organkrebszentrum	62,9%	36,0%	0,0%	1,1%	100,0%
	GZ	Anzahl	26	10	0	1	37
		% von Organkrebszentrum	70,3%	27,0%	0,0%	2,7%	100,0%
	UHTZ	Anzahl	6	5	0	0	11
		% von Organkrebszentrum	54,5%	45,5%	0,0%	0,0%	100,0%
	KHTZ	Anzahl	19	10	0	0	29
		% von Organkrebszentrum	65,5%	34,5%	0,0%	0,0%	100,0%
	VOZ	Anzahl	42	71	11	4	128
		% von Organkrebszentrum	32,8%	55,5%	8,6%	3,1%	100,0%
Gesamt	Anzahl	149	128	11	6	294	
	% von Organkrebszentrum	50,7%	43,5%	3,7%	2,0%	100,0%	

Anmerkung. Eigene Darstellung.

Tabelle 6. Statistische Kreuztabelle der Variable "Freundlichkeit Pflegekräfte" [freu_pflege].

		Freundlichkeit Pflegekräfte				Gesamt	
		sehr zufrieden	zufrieden	weder noch	unzufrieden		
Organkrebszentrum	BZ	Anzahl	89	14	1	0	104
		% von Organkrebszentrum	85,6%	13,5%	1,0%	0,0%	100,0%
	GZ	Anzahl	35	3	0	0	38
		% von Organkrebszentrum	92,1%	7,9%	0,0%	0,0%	100,0%
	UHTZ	Anzahl	15	1	1	0	17
		% von Organkrebszentrum	88,2%	5,9%	5,9%	0,0%	100,0%
	KHTZ	Anzahl	26	3	0	0	29
		% von Organkrebszentrum	89,7%	10,3%	0,0%	0,0%	100,0%
	VOZ	Anzahl	84	43	2	1	130
		% von Organkrebszentrum	64,6%	33,1%	1,5%	0,8%	100,0%
Gesamt	Anzahl	249	64	4	1	318	
	% von Organkrebszentrum	78,3%	20,1%	1,3%	0,3%	100,0%	

Anmerkung. Eigene Darstellung.

Tabelle 7. Statistische Kreuztabelle der Variable "Erreichbarkeit Pflegekräfte" [erreich_pflege].

		Erreichbarkeit Pflegekräfte				Gesamt	
		sehr zufrieden	zufrieden	weder noch	unzufrieden		
Organkrebszentrum	BZ	Anzahl	84	16	0	1	101
		% von Organkrebszentrum	83,2%	15,8%	0,0%	1,0%	100,0%
	GZ	Anzahl	32	6	0	0	38
		% von Organkrebszentrum	84,2%	15,8%	0,0%	0,0%	100,0%
	UHTZ	Anzahl	12	4	0	0	16
		% von Organkrebszentrum	75,0%	25,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	KHTZ	Anzahl	20	8	0	0	28
		% von Organkrebszentrum	71,4%	28,6%	0,0%	0,0%	100,0%
	VOZ	Anzahl	70	52	4	3	129
		% von Organkrebszentrum	54,3%	40,3%	3,1%	2,3%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	218	86	4	4	312
		% von Organkrebszentrum	69,9%	27,6%	1,3%	1,3%	100,0%

Anmerkung. Eigene Darstellung.

Tabelle 8. Statistische Kreuztabelle der Variable "Aufklärung" [aufklaerung].

		Aufklärung				Gesamt	
		sehr zufrieden	zufrieden	weder noch	unzufrieden		
Organkrebszentrum	BZ	Anzahl	81	21	1	1	104
		% von Organkrebszentrum	77,9%	20,2%	1,0%	1,0%	100,0%
	GZ	Anzahl	28	6	3	0	37
		% von Organkrebszentrum	75,7%	16,2%	8,1%	0,0%	100,0%
	UHTZ	Anzahl	15	2	0	0	17
		% von Organkrebszentrum	88,2%	11,8%	0,0%	0,0%	100,0%
	KHTZ	Anzahl	23	6	0	0	29
		% von Organkrebszentrum	79,3%	20,7%	0,0%	0,0%	100,0%
	VOZ	Anzahl	59	57	6	6	128
		% von Organkrebszentrum	46,1%	44,5%	4,7%	4,7%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	206	92	10	7	315
		% von Organkrebszentrum	65,4%	29,2%	3,2%	2,2%	100,0%

Anmerkung. Eigene Darstellung.

Tabelle 9. Statistische Kreuztabelle der Variable „weitere Terminplanung“ [termin_wtbeha].

		weitere Terminplanung					Gesamt
		sehr zufrieden	zufrieden	weder noch	unzufrieden	sehr unzufrieden	
Organkrebszentrum	BZ	Anzahl	71	31	1	0	103
		% von Organkrebszentrum	68,9%	30,1%	1,0%	0,0%	100,0%
	GZ	Anzahl	23	12	0	0	35
		% von Organkrebszentrum	65,7%	34,3%	0,0%	0,0%	100,0%
	UHTZ	Anzahl	11	6	0	0	17
		% von Organkrebszentrum	64,7%	35,3%	0,0%	0,0%	100,0%
	KHTZ	Anzahl	23	6	0	0	29
		% von Organkrebszentrum	79,3%	20,7%	0,0%	0,0%	100,0%
	VOZ	Anzahl	48	62	10	4	125
		% von Organkrebszentrum	38,4%	49,6%	8,0%	3,2%	100,0%
Gesamt	Anzahl	176	117	11	4	309	
	% von Organkrebszentrum	57,0%	37,9%	3,6%	1,3%	100,0%	

Anmerkung. Eigene Darstellung.

5.2.2 Inferenzstatistik

Tabelle 10. Ergebnisse des Kruskal-Wallis-Test der Variablen [freu_aerzte], [erreich_aerzte], [freu_pflege], [erreich_pflege], [aufklaerung] & [termin_wtbeha].

Variable	H-Statistik	Signifikanz
Freundlichkeit Ärzte	H = 20.378	p < .001
Erreichbarkeit Ärzte	H = 34.147	p < .001
Freundlichkeit Pflegekräfte	H = 24.695	p < .001
Erreichbarkeit Pflegekräfte	H = 30.255	p < .001
Aufklärung	H = 37.017	p < .001
weitere Terminplanung	H = 36.162	p < .001

Anmerkung. Eigene Darstellung.

Die Ergebnisse des Kruskal-Wallis-Test verdeutlichen, dass die Forschungshypothese für die Variablen „Freundlichkeit Ärzte“ [freu_aerzte], „Erreichbarkeit Ärzte“ [erreich_aerzte],

„Freundlichkeit Pflegekräfte“ [freu_pflege], „Erreichbarkeit Pflegekräfte“ [erreich_pflege], „Aufklärung“ [aufklaerung] und „Terminplanung weiterer Untersuchungen“ [termin_wtbeha] angenommen werden kann (Kruskal-Wallis-Test, $p < .05$).

Es wurde ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den BZ und VOZ sowie GZ und VOZ der Variablen „Freundlichkeit Ärzte“ [freu_aerzte], „Erreichbarkeit Ärzte“ [erreich_aerzte], „Freundlichkeit Pflegekräfte“ [freu_pflege], „Erreichbarkeit Pflegekräfte“ [erreich_pflege], „Aufklärung“ [aufklaerung] und der „Terminplanung weiterer Untersuchungen“ [termin_wtbeha] anhand des Mann-Whitney-U-Test ermittelt (U-Test, $p < .005$). Es wurde die Forschungshypothese für die analysierten Variablen zwischen den BZ und VOZ sowie GZ und VOZ angenommen. In Rückschluss auf die statistischen Kreuztabellen kann höhere Zufriedenheit im BZ und GZ im Vergleich zum VOZ erfasst werden. Die Ausprägung „sehr zufrieden“ wird auf alle analysierten Variablen im „Aspekt-B“ im BZ und GZ mit einem höheren prozentualen Anteil im Vergleich zum VOZ dargestellt.

Es gibt einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den VOZ und KHTZ in Bezug auf die Variablen „Erreichbarkeit Ärzte“ [erreich_aerzte], „Aufklärung“ [aufklaerung] und „weitere Terminplanung“ [termin_wtbeha] (U-Test, $p < .005$). Es wurde die Forschungshypothese für die analysierten Variablen zwischen den VOZ und KHTZ angenommen. Es wurde eine bessere Zufriedenheit dieser Aspekte im KHTZ ermittelt. Da im VOZ ein prozentual geringerer Anteil der Ausprägung „sehr zufrieden“ im Vergleich zum KHTZ erfasst wurde.

Es gibt einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den VOZ und UHTZ in Bezug auf die Variablen „Aufklärung“ [aufklaerung] und „weitere Terminplanung“ [termin_wtbeha] (U-Test, $p < .005$). Es wurde die Forschungshypothese für die analysierten Variablen zwischen den VOZ und UHTZ angenommen. In Auswertung zu den Kreuztabellen konnte eine bessere Zufriedenheit bezüglich der Variablen im UHTZ erfasst werden. Dabei wurde im VOZ ein geringerer prozentualer Anteil der Ausprägung „sehr zufrieden“ ermittelt.

5.3 Aspekt – D Ausstattung und Service

5.3.1 Deskriptive Statistik

Die nachfolgenden Kreuztabellen verdeutlichen die Zufriedenheit der Variablen „Ausstattung Patientenzimmer“ [ausstattung_patzim], „Sauberkeit Patientenzimmer“ [sauberkeit_patzim], „Möglichkeiten zur Ruhe“ [mög_Ruhe], und „Verfügbarkeit der Warteräume“ [warteraueme]. Es ist eine überwiegende Gleichverteilung zwischen den Ausprägungen „sehr zufrieden“ und „zufrieden“ hinsichtlich aller analysierten Kriterien des „Aspekt D-Ausstattung und Service“ ersichtlich.

Tabelle 11. Statistische Kreuztabelle der Variable "Ausstattung Patientenzimmer" [ausstattung_patzim].

		Ausstattung Patientenzimmer				Gesamt	
		sehr zufrieden	zufrieden	weder noch	unzufrieden		
Organkrebszentrum	BZ	Anzahl	62	41	0	0	103
		% von Organkrebszentrum	60,2%	39,8%	0,0%	0,0%	100,0%
	GZ	Anzahl	18	19	0	0	37
		% von Organkrebszentrum	48,6%	51,4%	0,0%	0,0%	100,0%
	UHTZ	Anzahl	9	7	0	1	17
		% von Organkrebszentrum	52,9%	41,2%	0,0%	5,9%	100,0%
	KHTZ	Anzahl	9	17	2	0	28
		% von Organkrebszentrum	32,1%	60,7%	7,1%	0,0%	100,0%
	VOZ	Anzahl	50	75	5	1	131
		% von Organkrebszentrum	38,2%	57,3%	3,8%	0,8%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	148	159	7	2	316
		% von Organkrebszentrum	46,8%	50,3%	2,2%	0,6%	100,0%

Anmerkung. Eigene Darstellung.

Tabelle 12. Statistische Kreuztabelle der Variable "Sauberkeit Patientenzimmer" [sauberkeit_patzim].

		Sauberkeit Patientenzimmer				Gesamt	
		sehr zufrieden	zufrieden	weder noch	unzufrieden		
Organkrebszentrum	BZ	Anzahl	61	35	4	1	101
		% von Organkrebszentrum	60,4%	34,7%	4,0%	1,0%	100,0%
	GZ	Anzahl	18	17	1	0	36
		% von Organkrebszentrum	50,0%	47,2%	2,8%	0,0%	100,0%
	UHTZ	Anzahl	12	4	1	0	17
		% von Organkrebszentrum	70,6%	23,5%	5,9%	0,0%	100,0%
	KHTZ	Anzahl	15	12	0	1	28
		% von Organkrebszentrum	53,6%	42,9%	0,0%	3,6%	100,0%
	VOZ	Anzahl	64	56	9	3	132
		% von Organkrebszentrum	48,5%	42,4%	6,8%	2,3%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	170	124	15	5	314
		% von Organkrebszentrum	54,1%	39,5%	4,8%	1,6%	100,0%

Anmerkung. Eigene Darstellung.

Tabelle 13. Statistische Kreuztabelle der Variable "Möglichkeiten zur Ruhe" [mög_ruhe].

		Möglichkeiten zur Ruhe					Gesamt	
		sehr zufrieden	zufrieden	weder noch	unzufrieden	sehr unzufrieden		
Organkrebszentrum	BZ	Anzahl	51	43	3	3	1	101
		% von Organkrebszentrum	50,5%	42,6%	3,0%	3,0%	1,0%	100,0%
	GZ	Anzahl	16	15	4	0	0	35
		% von Organkrebszentrum	45,7%	42,9%	11,4%	0,0%	0,0%	100,0%
	UHTZ	Anzahl	11	6	0	0	0	17
		% von Organkrebszentrum	64,7%	35,3%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	KHTZ	Anzahl	11	12	2	0	1	26
		% von Organkrebszentrum	42,3%	46,2%	7,7%	0,0%	3,8%	100,0%
	VOZ	Anzahl	44	64	8	12	0	128
		% von Organkrebszentrum	34,4%	50,0%	6,3%	9,4%	0,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	133	140	17	15	2	307
		% von Organkrebszentrum	43,3%	45,6%	5,5%	4,9%	0,7%	100,0%

Anmerkung. Eigene Darstellung.

Tabelle 14. Statistische Kreuztabelle der Variable "Verfügbarkeit der Warteräume" [warteraume].

		Verfügbarkeit der Warteräume				Gesamt	
		sehr zufrieden	zufrieden	weder noch	unzufrieden		
Organkrebszentrum	BZ	Anzahl	39	38	8	2	87
		% von Organkrebszentrum	44,8%	43,7%	9,2%	2,3%	100,0%
	GZ	Anzahl	13	12	3	3	31
		% von Organkrebszentrum	41,9%	38,7%	9,7%	9,7%	100,0%
	UHTZ	Anzahl	6	9	2	0	17
		% von Organkrebszentrum	35,3%	52,9%	11,8%	0,0%	100,0%
	KHTZ	Anzahl	9	13	4	0	26
		% von Organkrebszentrum	34,6%	50,0%	15,4%	0,0%	100,0%
	VOZ	Anzahl	25	56	6	1	88
		% von Organkrebszentrum	28,4%	63,6%	6,8%	1,1%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	92	128	23	6	249
		% von Organkrebszentrum	36,9%	51,4%	9,2%	2,4%	100,0%

Anmerkung. Eigene Darstellung.

5.3.2 Inferenzstatistik

Tabelle 15. Ergebnisse des Kruskal-Wallis-Test der Variablen [ausstattung_patzim], [sauberkeit_patzim],[mög_ruhe] & [warteraume].

Variable	H-Statistik	Signifikanz
Ausstattung Patientenzimmer	H = 16.073	p = .003
Sauberkeit Patientenzimmer	H = 5.497	p = .240
Möglichkeiten zur Ruhe	H = 12.052	p = .017
Verfügbarkeit der Warträume	H = 1.804	p = .772

Anmerkung. Eigene Darstellung.

Aus den Ergebnissen des Kruskal-Wallis-Test wird die Forschungshypothese für die Variablen „Ausstattung des Patientenzimmer“ [ausstattung_patzim] und „Möglichkeit zur Ruhe“ [mög_ruhe]“ und die Nullhypothese für die Variablen „Sauberkeit des Patientenzimmer“ [sauberkeit_patzim] und der „Verfügbarkeit der Warträume“ [warteraume] angenommen (Kruskal-Wallis-Test, $p < .05$).

Der identifiziertet Unterschied der Variable „Ausstattung Patientenzimmer“ [ausstattung_patzim] konnte anschließend durch den Mann-Whitney-U-Test zwischen den BZ und KHTZ sowie zwischen den BZ und VOZ ermittelt werden (U-Test, $p < .005$). Es wurde die Forschungshypothese für die Variable zwischen dem BZ und VOZ sowie BZ und KHTZ angenommen. Bei den herausgefundenen Unterschieden waren die Patienten des BZ zufriedener. Dies erschließt sich aus dem prozentual geringeren Anteil der Ausprägung „sehr zufrieden“ im VOZ.

Ergänzend ergab die Anwendung des Mann-Whitney-U-Test, dass es keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den einzelnen Organkrebszentren in Bezug auf die Variable „Möglichkeit zur Ruhe“ [mög_ruhe] gibt (U-Test, $p < .005$).

5.4 Aspekt E - Entlassung

5.4.1 Deskriptive Statistik

Die folgenden Kreuztabellen zeigen Verteilung der Bewertungsausprägungen für die Variablen „Ankündigung Entlassung“ [ankuendigung_entlass], „Empfehlung zur Weiterbehandlung“ [empf_wtbeha], „Qualität Entlassungsgespräch“ [qualitaet_entlass], „Wartezeit Entlassungsbrief“ [entlass_brief], „Einbeziehung des weiterbehandelnden Arztes“ [einbez_wtbeha] und „Information Nachsorge“ [info_nachsorge]. Zusammenfassend kann aus den Kreuztabellen erschlossen werden, dass der Großteil in Bezug auf die analysierten Kriterien der Entlassung in Ausprägung „sehr zufrieden“ oder „zufrieden“ wählten.

Tabelle 16. Statistische Kreuztabelle der Variable "Ankündigung Entlassung" [ankuendigung_entlass].

		Ankündigung Entlassung				Gesamt	
		sehr zufrieden	zufrieden	weder noch	unzufrieden		
Organkrebszentrum	BZ	Anzahl	56	43	2	2	103
		% von Organkrebszentrum	54,4%	41,7%	1,9%	1,9%	100,0%
	GZ	Anzahl	20	15	2	0	37
		% von Organkrebszentrum	54,1%	40,5%	5,4%	0,0%	100,0%
	UHTZ	Anzahl	9	7	1	0	17
		% von Organkrebszentrum	52,9%	41,2%	5,9%	0,0%	100,0%
	KHTZ	Anzahl	16	11	0	0	27
		% von Organkrebszentrum	59,3%	40,7%	0,0%	0,0%	100,0%
	VOZ	Anzahl	48	73	7	4	132
		% von Organkrebszentrum	36,4%	55,3%	5,3%	3,0%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	149	149	12	6	316
		% von Organkrebszentrum	47,2%	47,2%	3,8%	1,9%	100,0%

Anmerkung. Eigene Darstellung.

Tabelle 17. Statistische Kreuztabelle der Variable "Empfehlung zur Weiterbehandlung" [weiterbehandlung].

		Empfehlung zur Weiterbehandlung					Gesamt	
		sehr zufrieden	zufrieden	weder noch	unzufrieden	sehr unzufrieden		
Organkrebszentrum	BZ	Anzahl	52	40	4	1	0	97
		% von Organkrebszentrum	53,6%	41,2%	4,1%	1,0%	0,0%	100,0%
	GZ	Anzahl	19	15	1	1	0	36
		% von Organkrebszentrum	52,8%	41,7%	2,8%	2,8%	0,0%	100,0%
	UHTZ	Anzahl	10	7	0	0	0	17
		% von Organkrebszentrum	58,8%	41,2%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	KHTZ	Anzahl	13	10	0	0	0	23
		% von Organkrebszentrum	56,5%	43,5%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	VOZ	Anzahl	40	64	15	4	2	125
		% von Organkrebszentrum	32,0%	51,2%	12,0%	3,2%	1,6%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	134	136	20	6	2	298
		% von Organkrebszentrum	45,0%	45,6%	6,7%	2,0%	0,7%	100,0%

Anmerkung. Eigene Darstellung.

Tabelle 18. Statistische Kreuztabelle der Variable "Qualität Entlassungsgespräch" [qualitaet_entlass].

		Qualität des Entlassungsgespräch					Gesamt	
		sehr zufrieden	zufrieden	weder noch	unzufrieden	sehr unzufrieden		
Organkrebszentrum	BZ	Anzahl	53	41	6	1	0	101
		% von Organkrebszentrum	52,5%	40,6%	5,9%	1,0%	0,0%	100,0%
	GZ	Anzahl	22	11	1	0	0	34
		% von Organkrebszentrum	64,7%	32,4%	2,9%	0,0%	0,0%	100,0%
	UHTZ	Anzahl	6	10	0	0	0	16
		% von Organkrebszentrum	37,5%	62,5%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	KHTZ	Anzahl	16	8	1	1	0	26
		% von Organkrebszentrum	61,5%	30,8%	3,8%	3,8%	0,0%	100,0%
	VOZ	Anzahl	35	61	12	8	4	120
		% von Organkrebszentrum	29,2%	50,8%	10,0%	6,7%	3,3%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	132	131	20	10	4	297
		% von Organkrebszentrum	44,4%	44,1%	6,7%	3,4%	1,3%	100,0%

Anmerkung. Eigene Darstellung.

Tabelle 19. Statistische Kreuztabelle der Variable "Wartezeit Entlassbrief" [entlassbrief].

		Wartezeit Entlassungsbrief					Gesamt	
		sehr zufrieden	zufrieden	weder noch	unzufrieden	sehr unzufrieden		
Organkrebszentrum	BZ	Anzahl	75	22	2	1	0	100
		% von Organkrebszentrum	75,0%	22,0%	2,0%	1,0%	0,0%	100,0%
	GZ	Anzahl	21	13	1	0	0	35
		% von Organkrebszentrum	60,0%	37,1%	2,9%	0,0%	0,0%	100,0%
	UHTZ	Anzahl	13	4	0	0	0	17
		% von Organkrebszentrum	76,5%	23,5%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	KHTZ	Anzahl	14	9	0	1	1	25
		% von Organkrebszentrum	56,0%	36,0%	0,0%	4,0%	4,0%	100,0%
	VOZ	Anzahl	44	65	13	6	3	131
		% von Organkrebszentrum	33,6%	49,6%	9,9%	4,6%	2,3%	100,0%
Gesamt	Anzahl	167	113	16	8	4	308	
	% von Organkrebszentrum	54,2%	36,7%	5,2%	2,6%	1,3%	100,0%	

Anmerkung. Eigene Darstellung.

Tabelle 20. Statistische Kreuztabelle der Variable "Einbeziehung des weiterbehandelnden Arztes" [einbez_wtbeha].

		Einbeziehung des weiterbehandelnden Arztes					Gesamt	
		sehr zufrieden	zufrieden	weder noch	unzufrieden	sehr unzufrieden		
Organkrebszentrum	BZ	Anzahl	40	32	6	3	0	81
		% von Organkrebszentrum	49,4%	39,5%	7,4%	3,7%	0,0%	100,0%
	GZ	Anzahl	11	14	2	0	1	28
		% von Organkrebszentrum	39,3%	50,0%	7,1%	0,0%	3,6%	100,0%
	UHTZ	Anzahl	7	5	1	0	0	13
		% von Organkrebszentrum	53,8%	38,5%	7,7%	0,0%	0,0%	100,0%
	KHTZ	Anzahl	8	9	1	0	0	18
		% von Organkrebszentrum	44,4%	50,0%	5,6%	0,0%	0,0%	100,0%
	VOZ	Anzahl	37	47	16	7	2	109
		% von Organkrebszentrum	33,9%	43,1%	14,7%	6,4%	1,8%	100,0%
Gesamt	Anzahl	103	107	26	10	3	249	
	% von Organkrebszentrum	41,4%	43,0%	10,4%	4,0%	1,2%	100,0%	

Anmerkung. Eigene Darstellung.

Tabelle 21. Statistische Kreuztabelle der Variable "Information Nachsorge" [info_nachsorge].

		Information über Nachsorge					Gesamt	
		sehr zufrieden	zufrieden	weder noch	unzufrieden	sehr unzufrieden		
Organkrebszentrum	BZ	Anzahl	54	32	7	2	0	95
		% von Organkrebszentrum	56,8%	33,7%	7,4%	2,1%	0,0%	100,0%
	GZ	Anzahl	15	15	3	0	0	33
		% von Organkrebszentrum	45,5%	45,5%	9,1%	0,0%	0,0%	100,0%
	UHTZ	Anzahl	7	8	1	0	0	16
		% von Organkrebszentrum	43,8%	50,0%	6,3%	0,0%	0,0%	100,0%
	KHTZ	Anzahl	12	9	0	0	0	21
		% von Organkrebszentrum	57,1%	42,9%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	VOZ	Anzahl	35	54	12	11	4	116
		% von Organkrebszentrum	30,2%	46,6%	10,3%	9,5%	3,4%	100,0%
	Gesamt	Anzahl	123	118	23	13	4	281
		% von Organkrebszentrum	43,8%	42,0%	8,2%	4,6%	1,4%	100,0%

Anmerkung. Eigene Darstellung.

5.4.2 Inferenzstatistik

Tabelle 22. Ergebnisse des Kruskal-Wallis-Test der Variablen [ankuendigung_entlass], [weiterbehandlung], [qualitaet_entlass], [entlassbrief], [einebez_wtbeha] & [info_nachsorge].

Variable	H-Statistik	Signifikanz
Ankündigung Entlassung	H = 11.988	p = .017
Empfehlung zur Weiterbehandlung	H = 19.135	p = 001
Qualität des Entlassungsgespräch	H = 28.285	p < .001
Wartezeit auf den Entlassungsbriefs	H = 47.094	p < .001
Einbeziehung des weiterbehandelnden Arztes	H = 8.500	p = .075
Informationen über die Nachsorge	H = 20.437	p < .001

Anmerkung. Eigene Darstellung.

In dem „Aspekt E – Entlassung“ wird die Forschungshypothese für die Variablen „Ankündigung Entlassung“ [ankuendigung_entlass], „Empfehlung zur Weiterbehandlung“ [empf_wtbeha], „Qualität Entlassungsgespräch“ [qualitaet_entlass], „Wartezeit auf den Entlassungsbrief“ [entlassbrief] und „Information Nachsorge“ [info_nachsorge] aufgrund der Ergebnisse des Kruskal-Wallis-Tests angenommen und für die Variable „Einbeziehung des weiterbehandelnden Arztes“ [einbez_wtbehan] abgelehnt (Kruskal-Wallis-Test, $p < .05$).

Die Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Test ergaben einen statistisch signifikanten Unterschied der Variablen „Ankündigung Entlassung“ [ankuendigung_entlass], „Empfehlung zur Weiterbehandlung“ [empf_wtbeha], „Qualität des Entlassungsgespräch“ [qualitaet_entlass], „Wartezeit auf den Entlassungsbrief“ [entlassbreif], „Information über die Nachsorge“ [info_nachsorge] zwischen dem BZ und VOZ (U-Test, $p < .005$). Im Vergleich hatte das BZ zum VOZ in allen betrachteten Variablen einen prozentualen größeren Anteil der Ausprägung „sehr zufrieden“.

Ein weiterer statistisch signifikanter Unterschied konnte mittels des Mann-Whitney-U-Test zwischen den GZ und VOZ in Bezug auf die Variablen „Qualität des Entlassungsgesprächs“ und „Wartezeit auf den Entlassungsbrief“ ermittelt werden (U-Test, $p < .005$). Das GZ hatte in Bezug auf den ermittelten Unterschied einen größeren prozentualen Anteil der Ausprägung „sehr zufrieden“.

Der Vergleich der Zentren KHTZ und VOZ ermittelte ein statistisch signifikantes Ergebnis der Variablen „Qualität des Entlassungsgespräch“ und der „Information über Nachsorge“ (Mann-Whitney-U-Test, $p < .005$). Das ermittelte Ergebnis in Verbindung zu den statistischen Kreuztabellen lässt erschließen, dass die Patienten in Bezug auf beide Variablen zufriedener sind. Da die Ausprägung „sehr zufrieden“ im KHTZ mit einem prozentualen größeren Anteil dargestellt wird.

Ergänzend wird die Forschungshypothese zwischen dem UHTZ und VOZ in Bezug auf die Variable „Wartezeit Entlassungsbrief“ [entlassbrief] angenommen. In den Kreuztabellen wurde ein prozentual geringerer Anteil hinsichtlich der Variablen der Ausprägung „sehr zufrieden“ im VOZ erfasst. Darauf basierend wurde erschlossen, dass die Patienten im UHTZ bezüglich dieses Kriteriums zufriedener waren.

6 Diskussion

In dem folgenden Kapitel erfolgt die kritische Auseinandersetzung im Hinblick auf das methodische Vorgehen zur Erreichung der für die Untersuchung formulierten Ziele und aus der Untersuchung hervorgegangenen Ziele.

6.1 Methodendiskussion

Die Stichprobengröße bzw. der Stichprobenumfang und die damit verbunden Repräsentativität der Untersuchung wird in der Literatur nicht einheitlich definiert. Der notwendige Stichprobenumfang sollte in Verbindung mit der gewünschten Größe des Vertrauensintervalls betrachtet werden. Das Vertrauensintervall stellt den Bereich dar, indem mit großer Wahrscheinlichkeit diejenigen Parameter erzielt werden. Demnach sollte die Präzision der erhobenen Daten im Voraus festgelegt und die Stichprobenfehler berücksichtigt werden (vgl. Häder & Häder, 2014, S. 286–289; vgl. Ritschl et al., 2023, S. 68). Die deutsche Krebsgesellschaft erwartete in den ausgewählten Organkrebszentren eine Rücklaufquote von mind. 30%, welche innerhalb der Zentren variiert (vgl. Krebsgesellschaft.de, o. J.). Es konnte im BZ, KHTZ und VOZ eine Rücklaufquote von mind. 30% erfüllt werden. Im Gegensatz dazu wurde der mind. prozentuale Anteil der Rücklaufquote in den Organkrebszentren GZ und UHTZ nicht erzielt. Auf Grund der unterschiedlichen und geringeren Stichprobenanzahl kann die Repräsentativität der Zufriedenheit in den jeweiligen Organkrebszentren nicht gewährleistet werden.

Für die Erhebung der Patientenzufriedenheit in deutschen Krebszentren gibt es derzeit noch keinen validen Fragebogen. Im Rahmen der Zufriedenheitsmessung werden die Gütekriterien Validität, Reliabilität und Objektivität der Besonderheiten der quantitativen Forschungsmethoden nicht gerecht. Es erfolgt die Überprüfung der ermittelten Ergebnisse hinsichtlich ihrer Güte (vgl. Krebs & Menold, 2014, S. 425–439; vgl. Zinn, 2010, S. 56–61). In den einzelnen Organkrebszentren des NCT/UCC Dresden erhalten alle Patienten einen standardisierten Fragebogen mit identisch formulierten Fragen, welche die Objektivität der Durchführung sicherstellt. Die Auswertungsobjektivität wird durch die Erfassung der Daten und der anschließend Dokumentation sowie den statistischen Auswertungen gewährleistet. Ergänzend sollte darauf verwiesen werden, dass die Ausprägung „sehr unzufrieden“ von der subjektiven Einschätzung der Patienten abhängig ist. Die Erfüllung der Reliabilität bei der Erfassung der Patientenzufriedenheit ist schwer zu gewährleisten, da die Patienten ihre Meinung abgeben und eine Veränderung dieser im Nachgang nicht ausgeschlossen werden kann. Außerdem gibt es Unsicherheiten hinsichtlich der Validität der erzielten Ergebnisse, da

nicht nachzuweisen ist, in welchem Maß der verwendete Fragebogen die tatsächliche Zufriedenheit der Patienten erfasst.

Meinungsumfragen sind nur eingeschränkt verwendbar, um Qualitätsverbesserungen zu identifizieren. Die Erwartungen beeinflussen die tatsächliche Meinung der Befragten und sind geprägt von kulturellen Einflüssen und vielseitigen Faktoren. Die Analyse von der Qualität der Behandlung kann durch die Verwendung von Bewertungsumfragen mit verschiedenen Ausprägungen der Antwortmöglichkeiten überwiegend positiv ausfallen und nicht die tatsächliche Wahrnehmung der Patienten widerspiegeln. Es eignen sich präzisere Fragen zu der medizinischen Behandlung und den eingeschlossenen Abläufen und Erlebnissen, um ein differenzierteres Bild zu erzielen. Es können somit die wahrgenommenen Schwachstellen während des Krankenhausaufenthaltes der Patienten besser identifiziert werden (vgl. Kranich et al., 2016, S. 62–68). Der eingesetzte Fragenbogen beinhaltet für die Beantwortungen in den verschiedenen Aspekten Matrizen, um die verschiedenen Kriterien anhand der Bewertungsausprägungen „sehr zufrieden“ bis „sehr unzufrieden“ zu bewerten. Die Reihenfolge der Aspekte aus den Fragebögen orientiert sich an dem Ablauf des stationären Krankenhausaufenthaltes.

Die verwendeten Daten stellen Sekundärdaten dar, somit wurden diese nicht gezielt für die für diese Untersuchung formulierte Fragestellung erhoben. Allerdings ist die Verwendung von Sekundärdaten in vielerlei Hinsicht eine effektive und effiziente Methode, da sich auf bereits vorhandene Daten bezogen werden kann. Ergänzend erweist sich die Verwendung von Sekundärdaten für die Durchführung einer Vergleichsanalyse aufgrund unterschiedlicher Erhebungszeiträume oder verschiedener Standorte als nützlich. Im Gegensatz dazu haben selbst generierte Daten, den Vorteil, dass diese präziser an die Forschungsfrage angepasst werden können, um somit Störfaktoren bestmöglich zu vermeiden (vgl. Häder, 2015, S. 127–129). Die vorliegenden Fragen der einbezogenen Fragebögen eignen sich dennoch für einen Vergleich der Patientenzufriedenheit in unterschiedlichen Organkrebszentren. Die Fragebögen dieser Erhebung waren ähnlich bzw. mit fast identischen Aspekten aufgebaut. Die innerhalb der Aspekte verwendeten Fragen wurden ähnlich formuliert, um die Zufriedenheit des jeweiligen Kriteriums zu erfassen. Die unterschiedlichen Formulierungen können zu einer vielseitigen Interpretation der Fragestellung führen und folglich das Antwortverhalten der Patienten beeinflussen.

Der Zeitpunkt der Erhebung, ob die Zufriedenheit während oder nach dem Krankenhausaufenthalt erfasst wurde, kann ebenfalls das Antwortverhalten der Patienten beeinflussen. Die Patienten fühlen sich während ihres Krankenhausaufenthaltes nicht frei und richten ihre Antwort eher nach der sozialen Erwünschtheit aus. Die Datenerhebung ist nach einem stationären Krankenhausaufenthalt eher geeignet. Die Patienten haben nach ihrer

Entlassung einen stabileren Gesundheitszustand. Das Zurückkommen in die vertraute Umgebung kann das Wohlbefinden der Patienten verbessern und die damit verbundene Zufriedenheit steigern. Die wahrgenommene Zufriedenheit nach der Entlassung kann Einfluss auf die Bewertung der Gesundheitsversorgung haben (vgl. Bjertnaes, 2012, S. 1–6). Es sollte jedoch beachtet werden, dass bei potenziellen Rückfragen bezüglich des Fragebogens nicht sofort reagiert werden kann und dies somit zu falscher Interpretation der Fragen führt. Ergänzend wird empfohlen, ausschließlich die Zufriedenheit der Patienten zu erfassen, welche sich mindestens zwei Tage im stationären Aufenthalt befanden (vgl. Hoefert & Härter, 2010, S. 277–282; vgl. Zinn, 2010, S. 64). In den ausgewählten Organkrebszentren dieser Untersuchung erhielten alle Patienten, außer die des UHTZ, ihren Fragenbogen zur Entlassung oder im Anschluss ihres stationären Aufenthaltes. Dies könnte einen negativen Einfluss haben und daraus resultierend eine mögliche Ursache für die geringe Rücklaufquote innerhalb des UHTZ darstellen. Den Patienten wurde dennoch ein frankierter Rückumschlag ausgehändigt, jedoch kann nicht gewährleistet werden, dass der Fragenbogen nach dem stationären Aufenthalt ausgefüllt wurde. Zudem sollten bei dieser Untersuchung die unterschiedlichen Erhebungszeitpunkte als Störfaktor berücksichtigt werden.

Die Daten der Untersuchung wurden anhand des eingesetzten Fragebogens zu unterschiedlichen Zeitpunkten und über unterschiedliche lange Zeiträume erhoben. Von der deutschen Krebsgesellschaft wird vorgeschrieben, dass die Patientenzufriedenheit über einen Zeitraum von mind. drei Monaten erfasst wird (Krebsgesellschaft.de, o. J.). Dieses Kriterium konnte von allen Organkrebszentren erfüllt werden. Das KHTZ und VOZ erfassten die Zufriedenheit ausschließlich innerhalb von drei Monaten, im Gegensatz dazu wurde die Patientenzufriedenheit der anderen Zentren innerhalb des gesamten Jahres 2021 erhoben. Somit ist es schwierig, von einer grundlegend gleichen Voraussetzung der Datenerhebung auszugehen.

6.2 Ergebnisdiskussion

Ein wesentlicher Aspekt der Gesundheitsversorgung in deutschen Krebszentren ist die Qualität der medizinischen Behandlung und der Betreuung von Patienten. In diesem Kontext wurde eine umfassende Analyse durchgeführt, um die Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Patientenzufriedenheit zwischen den ausgewählten Organkrebszentren des NCT/ UCC Dresden zu identifizieren. Ergänzend sollen Einblicke in die erfasste Zufriedenheit hinsichtlich der Aspekte „Organisation und Ablauf“, „Ärztliche und pflegerische Versorgung“, „Ausstattung und Service“ und „Entlassung“ dargestellt werden. In diesem Abschnitt werden die wesentlichen Ergebnisse dieser Untersuchung dargestellt, mit dem besonderen Schwerpunkt

auf dem Vergleich der Patientenzufriedenheit zwischen den ausgewählten Organkrebszentren des NCT/ UCC Dresden.

Die Ergebnisse der Untersuchung basieren auf 322 ausgefüllten Fragebögen. Es wurde eine unterschiedliche Anzahl der Fragebögen aus den verschiedenen Organkrebszentren in die Untersuchung einbezogen. Ein möglicher Grund für den geringen Rücklauf der Fragebögen im KHTZ kann sein, dass die Zufriedenheit der Patienten innerhalb von drei Monaten erfasst wurde. Dennoch können gezielte Maßnahmen eingesetzt werden, um die Patienten an der Teilnahme der Befragung zu motivieren und somit die Beteiligung zu erhöhen. Es kann die Teilnehmerbereitschaft um mehr als zehn Prozent gesteigert werden, indem den Umfrageteilnehmern Gutscheine oder andere entgeltliche Anreize angeboten werden (vgl. Baur & Blasius, 2019, S. 362). Übertragen auf das Krebszentrum wäre beispielsweise die Zusendung eines „Wunschgutscheines“ eine mögliche Option, um Anreize zu schaffen.

6.2.1 Deskriptive Statistik

Da die Untersuchung auf Sekundärdaten basiert erfolgte zuerst eine deskriptive Analyse. Es erfolgte ein Überblick über die Verteilung der Bewertungsausprägungen in den ausgewählten Kriterien. Im Anschluss wurden Kriterien mit den überwiegenden Ausprägungen „keine Angabe“ oder „kann ich nicht beurteilen“ ausgeschlossen. Die Patienten gaben die Fragebögen größtenteils vollständig beantwortet zurück. Allerdings wurden die Variablen des Aspektes „C-Unterstützende Angebote“ aufgrund eines hohen Anteiles fehlender Angaben aus der Untersuchung ausgeschlossen. Eine mögliche Ursache hierfür könnte sein, dass einige Patienten aufgrund fehlenden Fachwissen Schwierigkeiten hatten, die Begrifflichkeiten „Sozialdienst“ und „Psychoonkologischer Dienst“ zu verstehen.

In den Kreuztabellen konnten anschließend die Verteilung der nachgehend eingeschlossenen Variablen analysiert werden. Der größte prozentuale Anteil stellte entweder die Bewertungsausprägung „sehr zufrieden“ oder die Verteilung ist überwiegend auf die Ausprägungen „sehr zufrieden“ oder „zufrieden“ gleich verteilt. Folglich kann basierend darauf eine hohe Zufriedenheit der Patienten in den Organkrebszentren BZ, GZ, UHTZ, KHTZ und VOZ in Bezug auf die analysierten Kriterien erschlossen werden.

6.2.2 Inferenzstatistik

Ziel der Untersuchung war es, Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den ausgewählten Organkrebszentren in Bezug auf die analysierten Kriterien zu ermitteln. Die

Ergebnisse der durchgeführten Inferenzstatistik ermöglichten daraufhin die Beantwortung der Fragestellung und die Überprüfung der für die Untersuchung formulierten Hypothesen.

Auf Basis der Ergebnisse des Kruskal-Wallis-Tests konnte herausgefunden werden, dass es statistisch signifikante Unterschiede zwischen den ausgewählten Organkrebszentren gibt. Diese Unterschiede gab es in Bezug auf Zufriedenheit der folgenden Kriterien: Informationen und Abläufen auf Station, Freundlichkeit der Ärzte, Erreichbarkeit der Ärzte, Freundlichkeit der Pflegekräfte, Erreichbarkeit der Pflegekräfte, Aufklärung, weiterer Terminplanung, Ausstattung des Patientenzimmer, Möglichkeit zur Ruhe, zeitliche Ankündigung der Entlassung, Empfehlung zur Weiterbehandlung, Qualität des Entlassungsgespräch, Wartezeit auf den Entlassungsbrief und Informationen über die Nachsorge.

Die Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Test haben gezeigt, dass zwischen der Patientenzufriedenheit im BZ und VOZ eine Differenz in Bezug auf die zuvor ermittelten Unterschiede besteht. In der Verbindung der statistischen Kreuztabellen wurde anschließend ersichtlich, dass im BZ ein höherer prozentualer Anteil der Bewertung „sehr zufrieden“ im Vergleich zum VOZ vorliegt. Die Zufriedenheit wurde in beiden Zentren anhand von vergleichbaren Stichprobengrößen erfasst (VOZ n=133, BZ=107). Daher kann angenommen werden, dass die Daten repräsentativ sind. Die Ursache der geringeren Zufriedenheit im VOZ, welche aus dem geringeren prozentualen Anteil der Ausprägung „sehr zufrieden“ abgeleitet wird, kann auf verschiedene Faktoren zurückzuführen sein. Die Zufriedenheit im VOZ wurde über einen Zeitraum von drei Monaten erfasst. Möglicherweise können zu diesem Zeitpunkt einschränkende Maßnahmen aufgrund der Corona-Pandemie gegolten haben. Diese Beschränkungen können sich negativ auf die Zufriedenheit der Patienten im VOZ ausgewirkt haben (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, o. J.; vgl. Dai et al., 2020, S. 783–790; vgl. Härter et al., 2020, S. 676–680; vgl. Pichler et al., 2022, S. e41–e48). Im Gegensatz zum VOZ wurde die Zufriedenheit des BZ über das gesamte Jahr 2021 erfasst. Dies könnte dazu beigetragen haben, dass mögliche Schwankungen der Maßnahmen aufgrund der Corona-Pandemie besser ausgeglichen werden konnten. Die Stichprobe des VOZ stellt eine deutlich heterogene Gruppe dar, da es Tumorerkrankungen der Leber, Ösophagus, Darm, Pankreas und Magen einschließt. Im Gegensatz dazu wird im BZ ausschließlich Patienten mit Brustkrebs behandelt

Es wurden Unterschiede zwischen dem GZ und VOZ ermittelt. Diese sind in Verbindung mit dem prozentualen Anteil der Ausprägung „sehr zufrieden“ auffällig, wobei dieser im VOZ geringer ausfällt. Es gibt jedoch viele Faktoren, die diese Unterschiede zwischen den beiden Organkrebszentren erklären können. Die größere Stichprobe des VOZ kann dazu führen, dass die Ergebnisse in diesem Zentrum repräsentativer sind. Im Gegensatz dazu wird die Zufriedenheit im GZ anhand einer geringeren Anzahl von ausgefüllten Fragebögen

dargestellt. Ein weiterer wichtiger Unterschied ist die bereits genannte Zeitspanne, über welche die Zufriedenheit erfasst wurde. Im VOZ wurden die Zufriedenheit der Patienten innerhalb von drei Monaten erfasst, während im GZ die Daten über das gesamte Jahr 2021 erhoben wurden. Dies könnte zu Unterschieden in den gemessenen Zufriedenheitswerten führen. Insbesondere während der Corona-Pandemie gab es erhebliche Schwankungen in den geltenden Maßnahmen und Einschränkungen. Die unmittelbaren Auswirkungen dieser Schwankung können die Ergebnisse des VOZ beeinflussen. Wohingegen der größere Erhebungszeitraum des GZ dies ausgleichen kann (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, o. J.; vgl. Pichler et al., 2022, S. e41–e48).

6.3 Limitation

Eine Einschränkung dieser Untersuchung stellt die Formulierung der Fragen in den ausgewählten Fragebögen dar. Es wurden Fragen verwendet die inhaltlich ähnlich, aber nicht identisch formuliert waren. Diese Unterschiede in der Formulierung könnten zu Missverständnissen oder Verzerrungen in den Antworten geführt haben. Für eine erneute Vergleichbarkeit wäre das neu eingeführte digitale Tool im NCT/ UCC Dresden zur Erhebung der Patientenzufriedenheit besser geeignet, da die Fragen identisch formuliert sind. Hierdurch würde eine bessere Grundlage für den Vergleich zwischen den Organkrebszentren geschaffen und mögliche Verzerrungen und Störfaktoren aufgrund unterschiedlicher Formulierungen vermieden werden.

Eine weitere Einschränkung stellt die fehlende Einbeziehung qualitativer Daten, insbesondere in Form von Patienteninterviews dar. Die Untersuchung fokussiert sich ausschließlich auf quantitative Daten zur Erfassung der Zufriedenheit. Dies führt wiederum dazu, dass subjektive Perspektiven, individuelle Erfahrungen und die Gründe für die Zufriedenheit oder Unzufriedenheit der Patienten als mögliche Einflussfaktoren unberücksichtigt bleiben. Die Ergänzung der Untersuchung durch qualitative Patienteninterviews könnte ein tieferes Verständnis der Patientensicht liefern und die bisherige, auf quantitativ Daten basierende Sichtweise innerhalb dieses Kontextes erweitern.

Krebspatienten stellen eine heterogene Stichprobe dar, da es eine Vielzahl von Krebsarten, Krankheitsstadien und Behandlungsgeschichten gibt. Die beschriebenen Aspekte sollten als wichtige Faktoren bei der Bewertung der Patientenzufriedenheit in den Organkrebszentren berücksichtigt werden. Diese Vielfalt führt zu einer Vielzahl von individuellen Faktoren, die die Interpretation und Analyse der Zufriedenheit der Patienten komplexer gestalten (vgl. Erdmann et al., 2021, S. 21–27; vgl. Steffen & Doppler, 2019, S. 17–18).

In einigen Fällen können Patienten die Wahl haben, welches Krebszentrum sie aufsuchen. Dies kann dazu führen, dass Patienten, die mit ihrer Wahl zufriedener sind, eher bereit sind, an Umfragen zur Patientenzufriedenheit teilzunehmen, was zu einer Verzerrung der Ergebnisse führen kann.

7 Schlussfolgerung

Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, dass es statistisch signifikante Unterschiede zwischen den ausgewählten Organkrebszentren gibt. Diese konnten anhand statistischer Verfahren ermittelt werden. Die Verwendung von nicht-parametrischen Tests innerhalb Inferenzstatistik ermöglichten, dass statistisch signifikante Unterschiede und Gemeinsamkeiten erschlossen werden konnten. Daraus resultierend wurde die Forschungshypothese in Bezug auf die ermittelten Unterschiede angenommen. Im Gegensatz dazu wurde die Forschungshypothese für die identifizierten Gemeinsamkeiten abgelehnt.

Die Patientenzufriedenheit kann verbessert werden aufgrund der Durchführung neuer Handlungsempfehlungen. Dafür ist es notwendig vorerst Unterschiede zwischen den Organkrebszentren herauszufinden. Anschließend kann anhand der ermittelten Unterschiede und in Verbindung mit der deskriptiven Analyse herausgefunden werden, in welche Organkrebszentrum die Patienten einen prozentual größeren Anteil der Ausprägungen „sehr zufrieden“ und „zufrieden“ haben. Organkrebszentren, welche eine geringere Zufriedenheit der Patienten erfassten, können somit Handlungsempfehlung hinsichtlich bestimmter Aspekte, von dem jeweiligen Zentrum ableiten, welche eine bessere Bewertung erzielten. Ergänzend kann dafür spezifische Literatur und die Durchführung von qualitativen Patienteninterviews unterstützend mitwirken.

Im September 2023 wurde ein neues digitales Tool zur Erhebung der Patientenzufriedenheit am NCT/UCC Dresden eingesetzt. Es ermöglicht einen erneuten Vergleich auf Grundlage eines verbesserten Instrumentes. Die Zufriedenheit der Patienten wird durch das digitale Tool in den unterschiedlichen Organkrebszentren mit identischer Formulierung der Fragen erfasst. Die identische Formulierung der Fragen kann somit mögliche Verzerrungen oder Störfaktoren vermeiden.

8 Literaturverzeichnis

- Amelung, V. E., & Althaus, A. (Hrsg.). (2015). *Patientenorientierung: Schlüssel für mehr Qualität*. MWV Med. Wissenschaftl. Verlagsges.
- Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin. (2010). *DEFINITIONEN UND KONZEPTE DES QUALITÄTSMANAGEMENT*. https://www.aezq.de/aezq/kompodium_q-m-a/2-definitionen-und-konzepte-des-qualitaetsmanagements/#6
- Baumann, W., Nonnenmacher, A., Weiß, B., & Schmitz, S. (2008). Patient Satisfaction With Care in Office-Based Oncology Practices. *Deutsches Ärzteblatt international*. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2008.0871>
- Baur, N., & Blasius, J. (Hrsg.). (2019). *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Springer VS.
- Bjertnaes, O. A. (2012). The association between survey timing and patient-reported experiences with hospitals: Results of a national postal survey. *BMC Medical Research Methodology*, 12(1), 13. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-12-13>
- Bornhäuser, M., Bollmeier, F., Biesenthal, S., Eichler, J., Gottburg, M., Häfner, J., Noack, K., Rost, H., & Schwabe, C. (2023). *Jahresbericht 2022—Nationales Centrum für Tumorerkrankungen Dresden (NCT/UCC)*. <https://www.nct-dresden.de/fuer-patienten/organkrebszentren/jahresberichte.html>
- Bortz, J., & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (7., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Springer.
- Buchhester, S. (2012). *Der Patient als Kunde: Patientenzufriedenheit als Dienstleistung im Gesundheitsmanagement; [inklusive Fragebögen für Patienten, einweisende Ärzte und Mitarbeiter]*. AV Akademikerverlag.
- Buchholz, E. H. (2011). *Patientenzufriedenheit in deutschen Krankenhäusern* (1. Auflage). Nomos.
- Budischewski, K., & Günther, K. (2020). *SPSS für Einsteiger: Einführung in die Statistiksoftware für die Psychologie: mit Online-Material* (2. Auflage). Beltz Verlag.
- Bundesministerium für Gesundheit. (o. J.). *Chronik zum Coronavirus SARS-CoV-2*. Abgerufen 20. September 2023, von <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/coronavirus/chronik-coronavirus.html>
- Dai, M., Liu, D., Liu, M., Zhou, F., Li, G., Chen, Z., Zhang, Z., You, H., Wu, M., Zheng, Q.,

Xiong, Y., Xiong, H., Wang, C., Chen, C., Xiong, F., Zhang, Y., Peng, Y., Ge, S., Zhen, B., ... Cai, H. (2020). Patients with Cancer Appear More Vulnerable to SARS-CoV-2: A Multicenter Study during the COVID-19 Outbreak. *Cancer Discovery*, 10(6), 783–791.

<https://doi.org/10.1158/2159-8290.CD-20-0422>

Degen, C., Möller, D., & Schlechter, C. (2014). Patientenzufriedenheit bei onkologischen Erkrankungen – Eine differenzierte Betrachtung der Sektoren Hausarzt, Facharzt, Krankenhaus und Krankenkasse. *Das Gesundheitswesen*, 76(04), 204–209.

<https://doi.org/10.1055/s-0033-1349839>

DIN Deutsche Institut für Normung e.V. (2015). *Qualitätsmanagementsysteme—Anforderungen*. Beuth.

Döring, N., & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. vollständig überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Auflage).

Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-41089-5>

Engel, U., & Schmidt, B. O. (2022). Unit- und Item-Nonresponse. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 453–471). Springer

Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-37985-8_29

Erdmann, F., Spix, C., Katalinic, A., Christ, M., Folkerts, J., Hansmann, J., Kranzhöfer, K., Kunz, B., Manegold, K., Penzkofer, A., Treml, K., Vollmer, G., Weg-Remers, S., Barnes, B., Buttman-Schweiger, N., Dahm, S., Fiebig, J., Franke, M., Gurung-Schönfeld, I., ...

Wienecke, A. (2021). *Krebs in Deutschland für 2017/2018*. Robert Koch-Institut.

<https://doi.org/10.25646/8353>

Häder, M. (2015). *Empirische Sozialforschung: Eine Einführung* (3. Aufl.). Springer VS.

Häder, M., & Häder, S. (2014). Stichprobenziehung in der quantitativen Sozialforschung. In *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Springer VS.

Härter, M., Bremer, D., Scherer, M., Von Dem Knesebeck, O., & Koch-Gromus, U. (2020). Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die klinische Versorgung, Arbeitsprozesse und Mitarbeitenden in der Universitätsmedizin: Ergebnisse einer Interviewstudie am UKE. *Das Gesundheitswesen*, 82(08/09), 676–681.

<https://doi.org/10.1055/a-1226-6828>

Hatzinger, R., & Nagel, H. (2013). *Statistik mit SPSS: Fallbeispiele und Methoden* (2., aktualisierte Auflage). Pearson Higher Education.

Hensen, P. (2016). *Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen: Grundlagen für Studium und Praxis* (1. Auflage). Springer Gabler. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-07745-7>

Hensen, P. (2022). *Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen: Grundlagen für Studium*

und Praxis (3., aktualisierte und durchgesehene Auflage). Springer Gabler.

Hoefert, H.-W., & Härter, M. (Hrsg.). (2010). *Patientenorientierung im Krankenhaus*. Hogrefe.

Klotz, T., Zumbé, J., Velmans, R., & Engelmann, U. (2008). Die Bestimmung der Patientenzufriedenheit als Teil des Qualitätsmanagements im Krankenhaus. *DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 121(28/29), 889–895. <https://doi.org/10.1055/s-2008-1043083>

Kranich, C., Vitt, K. D., & Vitt, K.-D. (Hrsg.). (2016). *Das Gesundheitswesen am Patienten orientieren: Qualitätstransparenz und Beschwerdemanagement als Gradmesser für ein patientenfreundliches Gesundheitssystem ; acht europäische Länder im Vergleich* (2. Auflage). Mabuse-Verlag.

Krebs, D., & Menold, N. (2014). Gütekriterien quantitativer Sozialforschung. In *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Springer VS.

Krebsgesellschaft.de. (o. J.). *Zertifizierung der deutsche Krebsgesellschaft: Dokumente*. Abgerufen 13. August 2023, von <https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html>

Lorenz, S. (2023a). *Die Prämedikationsambulanz: Analyse der Prozessqualität, Patientenzufriedenheit und präoperativen Angst*. Springer VS.

Lorenz, S. (2023b). Patientenzufriedenheit. In S. Lorenz, *Die Prämedikationsambulanz* (S. 25–73). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-39259-8_6

Moosbrugger, H., & Kelava, A. (Hrsg.). (2020). *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion* (3., vollständig neu bearbeitete, erweiterte und aktualisierte Auflage). Springer.

Ong, L. M. L., De Haes, J. C. J. M., Hoos, A. M., & Lammes, F. B. (1995). Doctor-patient communication: A review of the literature. *Social Science & Medicine*, 40(7), 903–918. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)00155-M](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)00155-M)

Pichler, T., Frank, T., Maier, S., Batenhorst, I., Abawi-Daltrozzo, T., Harbeck, N., Algül, H., Heinemann, V., Hermelink, K., Mumm, F., & Dinkel, A. (2022). Die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie aus der Sicht ambulanter Krebspatienten. *DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 147(10), 41–49. <https://doi.org/10.1055/a-1746-7534>

Ritschl, V., Weigl, R., & Stamm, T. A. (Hrsg.). (2023). *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (2. Auflage). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-66501-5>

Schmalenberg, H., Hartmann, R., Baumann, W., & Baumann, W. (2010). *Qualitätsmanagement und Zertifizierung in der Onkologie: Mit 15 Tabellen*. Springer.

- Schmidt, C., Möller, J., Reibe, F., Güntert, B., & Kremer, B. (2003). Patientenzufriedenheit in der stationären Versorgung. *DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 128(12), 619–624. <https://doi.org/10.1055/s-2003-38055>
- Sedlmeier, P., & Renkewitz, F. (2018). *Forschungsmethoden und Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler* (3., aktualisierte und erweiterte Auflage). Pearson.
- Statistisches Bundesamt. (o. J.). *Weltkrebstag: Zahl der stationären Krebsbehandlungen 2021 auf neuen Tiefstand*. Abgerufen 20. August 2023, von https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/02/PD23_N007_231.html
- Steffen, A., & Doppler, S. (2019). *Einführung in die Qualitative Marktforschung: Design - Datengewinnung - Datenauswertung*. Springer Gabler. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-25108-6>
- Stein, P. (2014). Forschungsdesign für die quantitative Sozialforschung. In *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Springer VS.
- Steiner, E., & Benesch, M. (2021). *Der Fragebogen: Von der Forschungsidee zur SPSS-Auswertung* (6., aktualisierte und überarbeitete Auflage). Facultas.
- Tausendpfund, M. (2022). *Quantitative Datenanalyse: Eine Einführung mit SPSS* (2., aktualisierte Auflage). Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-37282-8>
- Vogt, U. (2019). *Qualitätsmanagement: Begriffe und Definitionen* (13. aktualisierte Auflage). TÜV DÜD Akademie GmbH.
- Weißflog, G., Ernst, J., Szkoda, A., Berger, S., Stuhr, C., Herschbach, P., Book, K., & Brähler, E. (2013). Patientenzufriedenheit in der onkologischen Nachsorge – differentielle Befunde zur Geschlechtsspezifität in Arzt-Patient-Dyaden. *Das Gesundheitswesen*, 76(05), 306–311. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1347257>
- Zinn, W. (2010). *Patientenzufriedenheit: Theoretische Grundlagen - Besonderheiten der Messung - potentielle personengebundene Einflussfaktoren*. Ed. Winterwork.

10 Eidesstaatliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit mit dem Titel „Vergleich der Patientenzufriedenheit zwischen den ausgewählten Organkrebszentren des Nationalen Centrums für Tumorerkrankungen Dresden.“ selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe. Alle Textpassagen, die wörtlich oder sinngemäß aus Publikationen oder anderweitigen Veröffentlichungen beruhen, sind als solche gekennzeichnet. Alle Hilfsmittel wurden als Quellen angegeben. Die Arbeit wurde bisher noch keiner Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

24. Oktober 2023

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized first letter 'A' followed by a series of loops and a horizontal line extending to the right.