



HOCHSCHULE OSNABRÜCK

University of Applied Sciences

FAKULTÄT WIRTSCHAFTS- UND SOZIALWISSENSCHAFTEN

Bachelorstudiengang Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie

Bachelorarbeit

Thema:

**Entwicklung eines Fragebogens zur systematischen und
kontinuierlichen Erfassung der Patientenzufriedenheit in einer
logopädischen Praxis**

Erstprüferin: Frau Prof. Dr. Hilke Hansen
Zweitprüferin: Frau Prof. Dr. Barbara Schneider

Bearbeiterin: Wiebke Brinkmann
Matrikelnr.: 703861

Ausgabedatum: 16. Dezember 2016
Abgabedatum: 27. Januar 2017

Lesehinweis

Zur besseren Lesbarkeit und Verständlichkeit wird bei der Personenbezeichnung entweder die weibliche oder die männliche Form verwendet. Es sind stets beide Geschlechter in gleichberechtigter Weise gemeint.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	5
Abbildungsverzeichnis	7
Tabellenverzeichnis	8
Zusammenfassung	9
Abstract	10
1 Einleitung.....	11
1.1 <i>Allgemeine Problembeschreibung</i>	11
1.2 <i>Theoretische Hintergründe</i>	14
1.2.1 Rahmenbedingungen der logopäd. Tätigkeit im Gesundheitssystem	14
1.2.1.1 Vorgaben zur Qualitätssicherung in logopädischen Praxen	15
1.2.1.2 Verordnung logopädischer Leistungen	17
1.2.1.3 Abrechnung und Bezahlung logopädischer Leistungen	19
1.2.2 Qualitätsmanagement (QM)	22
1.2.3 Qualitätsmanagementsystem (QMS)	26
1.2.4 Patientenzufriedenheit	27
1.2.4.1 Erfassung von Patientenzufriedenheit	31
1.2.5 Vorstellung der „Praxis für Logopädie“	33
2 Methoden.....	34
2.1 <i>Fragebogenentwicklung</i>	35
2.1.1 Teamdiskussionen	35
2.1.1.1 Ziel und Begründung	36
2.1.1.2 Planung und Durchführung.....	37
2.1.1.3 Auswertung	39
2.1.2 Existierende Fragebögen zur Erfassung der Patientenzufriedenheit	39
2.1.2.1 Recherche.....	40
2.1.2.2 Auswertung	42
2.1.3 Pre-Fragebogen.....	42
2.1.4 Pretest	44

2.2 Auswertungs- und Implementierungsmöglichkeiten	48
2.2.1 Auswertung	48
2.2.2 Implementierung	54
3 Ergebnisse	55
3.1 Auswertung der Teamdiskussionen	55
3.1.1 Auswertung der 1. Teamdiskussion	55
3.1.2 Auswertung der 2. Teamdiskussion	58
3.1.2.1 Geplante Auswertung und Implementierung	61
3.2 Existierende Fragebögen zur Erfassung der Patientenzufriedenheit	64
3.2.1 Recherche	65
3.2.2 Auswertung	67
3.2.2.1 Gewinnbringende Items	74
3.3 Pre-Fragebogen	76
3.4 Pretest	77
3.5 Vorstellung der endgültigen Fassung des Fragebogens	83
4 Diskussion	85
4.1 (Weiter-)Entwicklung des Fragebogens	85
4.2 Gütekriterien	87
4.3 Fazit	89
Literaturverzeichnis	92
Anhang	105
Eidesstattliche Erklärung	129

Abkürzungsverzeichnis

AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
dbl	Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.
dbs	Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten
DGQ	Deutsche Gesellschaft für Qualität e.V.
DIMDI	Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information
DIN	Deutsches Institut für Normung
DVE	Deutscher Verband für Ergotherapeuten e.V.
EN	Europäische Norm
EZB	Elektronische Zeitschriftenbibliothek
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GVK	Katalog des Gemeinsamen Bibliotheksverbundes
HeilM-RL	Heilmittel-Richtlinie
HIS	Heilmittelinformationssystem
ISO	International Organization for Standardization
MFBP-18	Münchener Fragebogen zur Behandlungsbewertung von Patienten in der stationären Psychotherapie/Psychosomatik
PDCA	Plan-Do-Check-Act
PT	Portal für Physiotherapeuten
QM	Qualitätsmanagement
QMH	Qualitätsmanagement-Handbuch
QMS	Qualitätsmanagementsysteme
scinos	scientific information osnabrück
SGB	Sozialgesetzbuch
SpezFB	Spezieller Fragebogen
WHO	Weltgesundheitsorganisation
ZAP	Fragebogen zur Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung -Qualität aus Patientenperspektive
ZAPA	Fragebogen zur Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung -Schwerpunkt Patientenbeteiligung
ZUF-8	Zufriedenheitsfragebogen

Züpaz

Zürcher Fragebogen zur Patientenzufriedenheit in der
psychiatrischen Klinik

ZVK

Deutscher Verband für Physiotherapie E.V.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Plan-Do-Check-Act-Zyklus	25
---	----

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Vergütungssätze für die Abrechnung von Heilmittelpositionsnummer 33103...	21
Tabelle 2: Die Vorteile der Untersuchungsmethoden Interview und Fragebogen	31
Tabelle 3: Die vier Skalenarten	49
Tabelle 4: Wertzuordnung/Kodierung der Antwortformate des Fragebogens	51
Tabelle 5: Eckdaten der Befragung, Auswertung und Implementierung im Jahr 2017.....	64
Tabelle 6: Übersicht der Pretest-Teilnehmer	78

Zusammenfassung

Hintergrund: Die Qualität im Gesundheitswesen gewinnt immer mehr an Bedeutung. Zwar sind qualitätssichernde Maßnahmen im Gesundheitssystem gesetzlich vorgeschrieben, jedoch werden sie für den Heilmittelbereich nicht konkret definiert. Ein sogenanntes „Qualitätsmanagement“ soll helfen, soziale Dienstleistungen zu prüfen und stetig zu verbessern. Dies beinhaltet auch die therapeutische Arbeit. Hier wird das Qualitätsurteil v. a. von den Patienten geprägt, wodurch der bereits bestehende Konkurrenzkampf zwischen medizinischen bzw. therapeutischen Einrichtungen weiter angefacht wird. Je besser die Patienten ihre Behandlung und die Praxis selbst bewerten, desto zufriedener sind sie mit der Dienstleistung und desto eher würden sie eine positive Empfehlung gegenüber anderen Personen aussprechen. Die Patientenzufriedenheit ist somit nicht nur das Ziel der eigenen Arbeit, sondern auch ein wichtiger Wettbewerbsparameter, den es kontinuierlich zu verbessern gilt. Dies soll erreicht werden, indem ein Fragebogen zur Erfassung der Patientenzufriedenheit erstellt wird, der der betreffenden Logopädiepraxis den Einstieg in ein Qualitätsmanagement erleichtert. Zukünftig soll die schriftliche Befragung zudem vollständig in die Arbeitsabläufe der Praxis integriert werden.

Methode: Der Fragebogen soll speziell auf die betreffende Einrichtung abgestimmt werden. Dazu führen die Mitarbeiterinnen der Praxis für Logopädie zwei Teamdiskussionen, in denen die Verfasserin sowohl die Rolle der Moderatorin, als auch die der aktiven Diskussionsteilnehmerin übernimmt. Thematisiert werden sowohl die Inhalte der Befragung, als auch deren Auswertung und Implementierung. Zusätzlich wird nach bereits existierenden Fragebögen zur Patientenzufriedenheit recherchiert, um entsprechende Impulse zu erhalten. Es wird ein vorläufiger Fragebogen erstellt, der von vier Probanden getestet wird. Dieser wird bearbeitet, bevor sich die Probanden in retrospektiven Befragungen zu Verständnisschwierigkeiten, fehlenden und/oder überflüssigen Inhalten äußern. An Hand der Äußerungen wird die schriftliche Befragung ein letztes Mal überarbeitet.

Ergebnisse: Das zentrale Ergebnis der Bachelorarbeit ist ein Datenerhebungsinstrument zur systematischen und kontinuierlichen Erfassung der Patientenzufriedenheit. Zusätzlich wurden sowohl die Auswertung des entwickelten Fragebogens, als auch dessen Implementierung in die Einrichtung geplant. Der Fragebogen inklusive dessen Auswertung und Integration wurden an die betreffende Logopädiepraxis angepasst.

Schlussfolgerung: Durch den regelmäßigen Einsatz des Fragebogens und dessen Auswertung, können problematische Arbeitsabläufe aufgedeckt und stetig optimiert werden.

Schlüsselwörter: Logopädie, Qualitätsmanagement, Qualitätsmanagementsystem, Entwicklung, Fragebogen, Patientenzufriedenheit.

Abstract

Background: In healthcare the quality is getting more and more important. To hedge the quality is officially required, but in the sector of therapy and cure „quality“ is not specified. The so called quality management is set up to check and raise the quality of social attendance continuously. Also included is the therapeutically work. The patients influence the quality of the work as the result mainly. This heats up the already on-going competition between the medical and therapeutically institutions. As often, as the patients score the therapy and the institution by themselves, the more satisfied they are with the services, and they will recommend it positively to others. As a main goal, but also a very important competitive advantage the patient satisfaction must be enhanced continuously. This should be reached, by using personal questionnaires to capture the patient satisfaction, and ease the step into the quality management for logopedic institutions. In the future the written questionnaires should be fully integrated into the work process of an institution.

Methods: The questionnaire must be specified to the using institution. This specification is done by two discussions within the whole team of the institution. The author will take the role as moderator and also an active discussant. The content and the evaluation of the questionnaire will be addressed in this discussion. Additional there will be a research for existing questionnaires about patient satisfaction to get correlating impulses. A temporary questionnaire will be prepared and tested by four test persons respectively patients. The Patients are going to fill the questionnaire, and then, by a retrospective interview, they will be asked for difficulties in understanding, or missing or redundant content. On the basis of this interview the questionnaire will get the last revision.

Results: The central result of this bachelor thesis is an assessment-tool for the systematically and continuously capture of patient satisfaction. Additionally the analysis of this questionnaire and the installation in the work process of an institution is planned. The questionnaire including the analysis and integration was specified to the logopedic institution.

Conclusion: By using and analysing that questionnaire regularly, problematical workflows will be identified and continuously optimized.

Keywords: logopedic, quality management, quality management system, development, questionnaire, patient satisfaction.

1 Einleitung

1.1 Allgemeine Problembeschreibung

Die Patientenzufriedenheit gewann in Deutschland erst Mitte der 90er Jahre an Bedeutung, da im Gesundheitswesen immer häufiger über das Thema Qualität, auch im Zusammenhang mit Qualitätsmanagement, diskutiert wurde (vgl. Knerr, 2005, S. 3). Oftmals werden diese Begriffe mit Arbeitsabläufen und Produkten im Bereich der Industrie verbunden (vgl. Deutsche Gesellschaft für Qualität e.V., DGQ, 2016, S. 5). Eine Übertragung auf das Gesundheitssystem scheint kaum möglich zu sein. Jedoch appellierte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bereits im Jahr 1984, Maßnahmen zur Qualitätssicherung in der Patientenversorgung entstehen zu lassen (vgl. Eicher, 2009, S. 14). In der heutigen Zeit lassen sich die Begriffe „Qualität“ und „Qualitätsmanagement“ (QM) sehr wohl in den Bereich der sozialen Dienstleistungen einordnen (vgl. Deutsche Gesellschaft für Qualität e.V., DGQ, 2016, S. 5). Jeder, der medizinisch-therapeutische Dienstleistungen hervorbringt, verpflichtet sich, nach Brand (2005, S. 1247), qualitätssichernde Maßnahmen zu vollziehen. Diese Verpflichtung betrifft nicht nur Ärzte bzw. Arztpraxen und Krankenhäuser, sondern ebenso die Heilmittelerbringer, unter die wiederum auch die Logopäden fallen. Die Leitfrage lautet an dieser Stelle „Was können wir tun, um in unserer Arbeit sicherer und besser zu werden?“ (Deutsche Gesellschaft für Qualität e.V., DGQ, 2016, S. 5).

Um dem Druck standzuhalten und sich gegenüber der Konkurrenz zu behaupten, müssen zum einen die Leistungen optimiert werden. Zum anderen solle Qualität hervorgehoben werden, um die Patienten zu überzeugen. Dieser Meinung sind auch Haubrock und Schär (2009, S. 290), die „Qualität [als] einen wichtigen Wettbewerbsparameter“ beschreiben. Bruhn (2008, S. 5) fügt hinzu, dass sich Vorzüge im Wettbewerb nur durch „konsequente Kundenorientierung“ geltend machen lassen. Knerr (2005, S. 3) und Zinn (2010, S. 4) berichten in ihren Werken zudem darüber, dass Patienten immer häufiger als „Kunden“ wahrgenommen werden. Diese Sichtweise erklärt sich dadurch, dass es sich bei der Erbringung einer Therapie streng genommen um eine Dienstleistung handelt.

Diese Thesen werden von der Autorin aufgegriffen, indem sie einen eigenen Fragebogen erstellt, der die Patientenzufriedenheit der Kunden in der logopädischen Praxis, in der sie arbeitet, zukünftig erfassen soll. Die daraus erhobenen Daten sollen genutzt werden, um die Leistungen der dort tätigen Therapeutinnen zu verbessern. So kann kundenorientiert gearbeitet werden, um Wettbewerbsvorzüge geltend zu machen. Dieses Vorgehen ebnet für die betreffende Praxis den Einstieg in ein Qualitätsmanagement, was bisher weitgehend vernachlässigt wurde.

Die Autorin hat die Ausbildung zur staatlich anerkannten Logopädin im August 2015 abgeschlossen und arbeitet seitdem in einer logopädischen Praxis. Die Einrichtung, in der die Verfasserin tätig ist, beschäftigt ein Team von insgesamt zwei Logopädinnen. Zu diesem Team zählen die Praxisleiterin bzw. -inhaberin und die Autorin. Von diesen beiden Mitarbeiterinnen belegt nur die Praxisinhaberin eine Vollzeitstelle.

Anfang des Jahres 2016 hat in direkter Nachbarschaft eine klinische Linguistin eine Praxis eröffnet, in der diese Sprach-, Sprech- und Stimmtherapie anbietet. Sie hat den Master of Science in klinischer Linguistik absolviert. Durch diesen Abschluss hat die klinische Linguistin eine „Vollzulassung für sämtliche Indikationen/Störungsbilder“ erworben (vgl. Universität Bielefeld, 2017). Das bedeutet, sie darf die gleichen Störungsbilder behandeln, wie eine staatlich anerkannte Logopädin. Die kleinen Praxen liegen sehr nah beieinander und befinden sich in einem ländlich gelegenen Gebiet. Informationen und Meinungen verbreiten sich vor allem über Mundpropaganda, da sich die meisten Menschen, die dort leben, untereinander kennen. Erschwerend kommt die dürftige Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel hinzu. Diese Rahmenbedingungen führen, zusammen mit der in Deutschland vorgeschriebenen freien Therapeutenwahl, zu einem hohen Konkurrenzdruck zwischen den beschriebenen Praxen. Dieser macht sich bereits jetzt bemerkbar. Der erwartete, alljährliche Anstieg der Zahl der Neuaufnahmen in der Logopädiepraxis fiel im Jahr 2016 deutlich geringer aus als in den Vorjahren.

Für die beiden Logopädinnen stellt sich daher die Frage, wie sie sich im neu entstandenen Wettbewerbsdruck am besten behaupten können. In einer der Teamsitzungen wurde daher gemeinsam überlegt, was sie tun können, um bei den Patienten einen besseren Eindruck zu erwecken. Ziel ist, sich von der Einrichtung der klinischen Linguistin abzuheben. Es gilt die eigene Kernkompetenz herauszuarbeiten. Die Wünsche und Erwartungen der Patienten und Angehörigen sollen erfüllt werden. Dadurch sollen sie so beeindruckt und beeinflusst werden, dass sie Verwandten, Freunden und Bekannten von ihren positiven Erfahrungen berichten. Die Patienten sollen mit den logopädischen Leistungen und den Gegebenheiten in der Praxis „zufrieden“ sein. Doch was genau erwarten die Patienten und deren Bezugspersonen von einer logopädischen Behandlung und der Praxis, in der die Therapie i.d.R. stattfindet? Um diese Frage zu beantworten, sollen die Meinungen der betreffenden Personen, d.h. der Patienten, eingeholt werden. Dies soll in Zukunft in Form einer schriftlichen Befragung zum Thema „Patientenzufriedenheit“ geschehen.

Ziele und Aufbau der Bachelorarbeit

Auf Grund der bereits oben beschriebenen Gegebenheiten hat sich die Verfasserin das Ziel gesetzt, ihren Arbeitsplatz bestmöglich zu stärken. Im Rahmen der Bachelorarbeit soll der Praxis für Logopädie geholfen werden, einen ersten Schritt in Richtung der Implementierung eines Qualitätsmanagements zu gehen, indem sie einen Fragebogen zur systematischen und kontinuierlichen Erfassung von Patientenzufriedenheit erstellt. Dieser wird in enger Zusammenarbeit mit der Inhaberin der logopädischen Einrichtung entwickelt, um alle Interessenbereiche abzudecken und einen größtmöglichen Nutzen für die Praxis sicherzustellen. Mit eingeschlossen ist zudem die Planung der vollständigen Integration des Fragebogens in den Praxisalltag.

Der zu entwickelnde Fragebogen zur Erfassung der Patientenzufriedenheit soll der Bedarfs- und Bedürfnisermittlung von Patienten und Angehörigen der Praxis für Logopädie dienen. „Bedarf“ meint in diesem Zusammenhang die tatsächlich notwendigen Leistungen, die für die Realisierung einer gewissen Zielsetzung, unter Berücksichtigung von Ausmaß, Quantität und Zeitspanne, erforderlich sind (vgl. Schubert u. Klein, 2016). Ein „Bedürfnis“ hingegen beschreibt das Verlangen, in diesem Fall von Patienten und Angehörigen, sowohl subjektive, als auch objektive Mangelerscheinungen zu beheben (vgl. Fuchs-Heinritz u. Barlösius, 2007, S. 78; Pleye, 2017). Fuchs-Heinritz und Barlösius (2007, S. 78) zu Folge werden „primäre“ und „sekundäre“ Bedürfnisse differenziert. In diesem Zusammenhang bedeutet primär auch „nativ“, während sekundäre Bedürfnisse durch die Umwelt angeeignet sind (vgl. ebd.). Patientenbedürfnisse sind primärer Natur (vgl. Haase u. a., 1995, S. 9). Mittels des Fragebogens soll herausgefunden werden, was den Patienten und Bezugspersonen innerhalb der therapeutischen Behandlung wichtig ist und auf welche Rahmenbedingungen Wert gelegt wird. Patienten und Angehörige bekommen diese Möglichkeit auch zu Beginn der Therapie im Anamnesegespräch. Zu diesem Zeitpunkt nehmen jedoch nur wenige diese Möglichkeit wahr. Ein Grund dafür könnten die vielen neuen Eindrücke in dieser Situation sein.

Im weiteren Verlauf werden die Mitarbeiter die ausgefüllten Fragebögen auswerten, um die positiven und negativen Kritiken annehmen zu können und ggf. Veränderungen innerhalb der Praxis vornehmen. Ziel des Fragebogens zur Erfassung der Patientenzufriedenheit ist demnach die Optimierung der Patientenbetreuung im Sinne von „zufriedenen Patienten“.

Um eine evidenzbasierte, wissenschaftliche Auseinandersetzung in Hinblick auf das Projekt zu gewährleisten, setzt sich die Autorin im folgenden Kapitel zunächst mit den thematisch relevanten, theoretischen Hintergründen auseinander. Es folgt eine Erläuterung der Methoden, genauer eine detaillierte Beschreibung des Vorgehens bei der Entwicklung des Fragebogens zur Patientenzufriedenheit. Im dritten Kapitel werden die Ergebnisse der

einzelnen Arbeitsschritte vorgestellt, wobei der Fokus auf dem definitiven Fragebogen und dessen Implementierung liegt. Daraufhin wird die (Weiter-)Entwicklung des Fragebogens diskutiert, auf Gütekriterien eingegangen und ein abschließendes Fazit gezogen.

1.2 Theoretische Hintergründe

Der folgende Abschnitt beinhaltet Aspekte, die von der Autorin für die Erarbeitung der oben genannten Thematik als relevant angesehen werden. Zusätzlich unterstreichen die theoretischen Hintergründe die wissenschaftlich fundierte Auseinandersetzung mit den Rahmenbedingungen der logopädischen Tätigkeit, dem Qualitätsmanagement, Qualitätsmanagementsystem und der Patientenzufriedenheit. Außerdem wird auf die betreffende logopädische Praxis eingegangen.

1.2.1 Rahmenbedingungen der logopäd. Tätigkeit im Gesundheitssystem

Kategorisch ist der Beruf des Logopäden den nichtärztlichen Gesundheitsfachberufen, genauer dem Heilmittelbereich, zuzuordnen (vgl. Schuster, 2015, S. 12ff; Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V., dbf, 2017a). Allerdings gibt es Berufe, die dem des Logopäden sehr ähnlich sind. Dem GKV-Spitzenverband (2012, S. 15) ist zu entnehmen, dass u. a. staatlich anerkannte Sprachtherapeuten, medizinische Sprachheilpädagogen und staatlich geprüfte Atem-, Sprech- und Stimmlehrer dazu zählen.

Zu den alltäglichen Aufgaben eines staatlich anerkannten Logopäden gehören das Diagnostizieren und Therapieren von Störungen der Kommunikation und des Schluckens bei Patienten in allen Altersklassen. Genauer betrachtet werden einzelne Störungsbilder wie z.B. neurologisch bedingte Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen, (spezifische) Sprachentwicklungsstörungen, Redeflussstörungen, Schluckstörungen und organische, funktionelle oder psychische Stimmstörungen unterschieden. Ebenso gehören präventive Beratungsgespräche der Klienten, dessen Bezugspersonen und/oder des Pflegepersonals zur logopädischen Tätigkeit. Weiterbildungsmöglichkeiten bestehen für Logopäden derzeit v. a. in Hinblick auf Leitungspositionen in der Lehrlogopädie und in klinischen Institutionen. (vgl. Schuster, 2015, S. 12ff; Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V., dbf, 2017a).

1.2.1.1 Vorgaben zur Qualitätssicherung in logopädischen Praxen

Grundsätzlich ist die Qualitätssicherung für Leistungserbringer seit Dezember 1988 im Sozialgesetzbuch (SGB) fünftes Buch (V) unter dem §135a „Verpflichtung der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung“, Artikel 1, festgeschrieben (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2017a):

„(1) Die Leistungserbringer sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.“

Da sich der §135a Artikel 1 SGB V auf Leistungserbringer innerhalb des Gesundheitssystems bezieht, sind alle Heilmittelerbringer, inklusive der Logopäden, dazu verpflichtet, Maßnahmen zur Sicherung der Qualität zu vollziehen. Erwähnenswert ist allerdings, dass ein konkretes Qualitätsmanagement (QM) (s. Kapitel 1.2.2, S. 22) bzw. die Nutzung eines Qualitätsmanagementsystems (QMS) (s. Kapitel 1.2.3, S. 26) nicht explizit genannt oder vorgeschrieben wird. Es existieren zudem gemeinsame Rahmenempfehlungen zur Heilmittelversorgung gemäß §125 „Rahmenempfehlungen und Verträge“ im SGB V (vgl. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2017b). Laut des Paragraphs sind in den Rahmenempfehlungen u. a. „Maßnahmen zur Fortbildung und Qualitätssicherung, die die Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse umfassen“, zu regeln (ebd.).

Die aktuellste Fassung der Rahmenempfehlung über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln gemäß §125 Abs. 1 SGB V für den Bereich Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie zwischen dem GKV-Spitzenverband und den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer auf der Bundesebene im Bereich Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie stammt aus dem Jahr 2013. Diese umfasst insgesamt 28 Paragraphen und drei Anlagen, von denen in §§10 bis 17 und Anlage 2 die Maßnahmen zur Sicherung der Qualität und zur Fortbildung festgehalten sind. §10 weist nicht nur auf die Pflicht zur Qualitätssicherung hin, sondern auch auf die Tatsache, dass kassenseitige Vertragspartner berechtigt sind, die entsprechenden Maßnahmen jederzeit zu kontrollieren. Weiter besteht nach §10 für die Berufsverbände die Pflicht, ihre Mitglieder über die Regelung der neuen, hindernisfreien Praxisräume zu informieren. Die Behandlungsqualität, auch Strukturqualität genannt, ist Thema der §§11 bis 14. Die Prozessqualität ist in §15 geregelt, während die Ergebnisqualität in §16 niedergeschrieben wurde. Es handelt sich dabei um die drei sogenannten „Qualitätsdimensionen“, auf die erst in „1.2.2 Qualitätsmanagement (QM)“ ab Seite 22 näher eingegangen wird. Den Abschluss der Qualitätssicherungsmaßnahmen

innerhalb der Rahmenempfehlung bildet §17, der das Verwahren von Patientenakten für drei Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Therapie beendet wurde, vorschreibt. Gleichzeitig verweist er aber auch auf §630 f des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB), in dem es um die Dokumentation von Behandlungen geht. (vgl. Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V., dbl, 2017b, S. 8 bis 11).

Gesetzlich ist der Leistungserbringer, nach §630 f „Dokumentation der Behandlung“, dazu verpflichtet, „in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung eine Patientenakte ... zu führen“ (Bürgerliches Gesetzbuch, 2016, S. 180). Der Dokumentierende darf die dort niedergeschriebenen Informationen nur verändern oder korrigieren, wenn ein Änderungsdatum beigefügt wird und die originären Informationen ersichtlich bleiben. Die Patientenakte beinhaltet alle Handlungen und Ergebnisse der Therapieleistung, die momentan oder zukünftig für die Behandlung des Patienten von Bedeutung sein können. In welcher Form dokumentiert wird, ob per Hand oder per Computer, bleibt dem Leistungserbringer selbst überlassen. Vom Gesetzgeber vorgeschriebene Vordrucke oder Programme für die Dokumentation von Behandlungen scheint es laut § 630 f nicht zu geben. (vgl. Bürgerliches Gesetzbuch, 2016, S. 180).

Anlage 2 der Rahmenempfehlung über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln gemäß §125 Abs. 1 SGB V für den Bereich Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie schreibt zur Qualitätssicherung regelmäßige Fortbildungen für Therapeuten vor, die in der ambulanten Heilmittelversorgung tätig sind. Von Zugelassenen/fachlichen Leitern wird erwartet, in einem Zeitraum von vier Jahren mindestens 60 Fortbildungspunkte, à 45 Minuten, zu sammeln. Wird von kassenseitigen Vertragspartnern ein Nachweis über die sogenannte „Fortbildungspflicht“ angefordert, ist der Zugelassene/fachliche Leiter verpflichtet, die 60 Fortbildungspunkte, innerhalb von vier Wochen an Hand von Teilnahmebescheinigungen, zu belegen. Bei Nichteinhaltung der Fortbildungspflicht muss der Zugelassene/fachliche Leiter binnen 12 Monaten die fehlenden Punkte nachholen. Bedeutsam ist, dass diese Maßnahmen nicht auf die andauernde Verpflichtung zur Fortbildung angerechnet werden. (vgl. Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V., dbl, 2017c, S. 1 u. 4).

Von den therapeutischen Mitarbeitern, die keine Leitungsposition haben, wird erwartet, dass sie mindestens ein Mal in einem Zeitraum von zwei Jahren eine externe Fortbildung besuchen (vgl. Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V., dbl, 2017b, S. 9).

Wie bereits dargestellt gibt es zahlreiche gesetzliche Regelungen zur Qualitätssicherung in logopädischen Praxen. Aus Sicht der Autorin besteht in diesem Bereich allerdings noch großer Entwicklungsbedarf. Rechtliche Inhalte, wie beispielsweise die Dokumentation der Behandlung, sind zwar grob im Gesetz verankert, werden aber nicht einheitlich durchgeführt. Die Sicherung der Qualität ist im Bereich der Fortbildungen, durch die bestehende Fortbildungspflicht, spezieller geregelt. Dennoch muss jeder Leistungserbringer für die

damit verbundenen, meist sehr hohen Kosten (Arbeitsausfall, Teilnahmegebühren, Anfahrt, Unterkunft, etc.) selbst aufkommen, was für viele ein Problem darstellt.

Der deutsche Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl), dessen Mitgliedschaft für Logopäden nicht zwingend notwendig ist, verweist beim Thema „Qualitätssicherung in der Organisation logopädischer Arbeit“ auf das dbl interne Qualitätsmanagementsystem (QMS), welches in Kapitel 1.2.3 ab Seite 26 näher erläutert wird. Allerdings stellt der dbl für jegliche Einrichtungen einen Ausstattungskatalog zur freien Verfügung. Er soll als Leitlinie für die Ausrüstung des Arbeitsplatzes eines Logopäden dienen und so helfen, die Qualitätsstandards des Bundesverbands einzuhalten. Gegliedert ist der Katalog in Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen, wobei diese noch einmal in kindliche und adulte Störungen unterteilt worden sind. Aufgelistet werden dort unter anderem Materialien zur Diagnostik, Therapie, Raumausstattung und technische Geräte. (vgl. Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V., dbl, 2017d).

Um die Qualität logopädischer Diagnostik und Therapie sicherzustellen, verzeichnet der dbl zudem entsprechende Standards und Leitfäden zu verschiedenen Störungsbildern im Bereich der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie. Diese enthalten u. a. detaillierte Definitionen, Klassifikationen, Ätiologien und Befunderhebungen und sind für alle Nutzer frei zugänglich. (vgl. Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V., dbl, 2017e).

Wie bereits erwähnt, existieren keine gesetzlich vorgeschriebenen Vorlagen für die Dokumentation von Gesundheitsleistungen. Die Relevanz einer einheitlichen Vorgehensweise in Bezug auf die Dokumentation logopädischer Leistungen ist dem dbl allerdings bewusst. Daher hat er bereits 2004 Dokumentationsleitlinien entworfen, die zuletzt im Jahr 2012 aktualisiert worden sind. Mit Hilfe dieser Leitlinien soll die logopädische Tätigkeit schriftlich festgehalten, reflektiert, strukturiert und vorgestellt werden. Diese Komponente der Qualitätssicherung wird Nicht-Mitgliedern des Bundesverbands für Logopädie e.V. allerdings vorenthalten. (vgl. Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V., dbl, 2017f).

1.2.1.2 Verordnung logopädischer Leistungen

Die Verordnungen von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung, d.h. auch die Verordnungen logopädischer Leistungen, sind in der Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) geregelt (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss, 2017).

Um logopädische Therapie zu erhalten, benötigt der Patient eine Verordnung von seinem Vertragsarzt. Dieser stellt nur dann eine solche Verordnung aus, wenn ihm der Gesundheitszustand des Patienten bewusst ist und durch die Therapie (vgl. ebd., S. 5):

- eine Bedrohung der Gesundheitsentwicklung eines Kindes gehemmt werden kann,
- eine gesundheitliche Schwäche, die wahrscheinlich bald zu einer Erkrankung führen würde, eliminiert werden kann,
- eine Erkrankung geheilt, dessen Beschwerden gelindert oder dessen Verschlimmerung vorgebeugt werden kann,
- die Pflegebedürftigkeit eines Menschen umgangen oder reduziert werden kann.

Welches Heilmittel die Vertragsärzte in welcher Menge, Frequenz und Dauer verordnen, ist im sogenannten Heilmittelkatalog festgehalten und vorgeschrieben. Der Heilmittelkatalog listet unter verschiedenen Diagnosegruppen die dazugehörigen Leitsymptomatiken, Therapieziele, die verordnungsfähigen Heilmittel, Angaben zur Verordnung, Verordnungsmengen sowie Frequenzempfehlungen auf (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss, 2017, S. 5f). Der Therapeut ist dazu verpflichtet, sich an die Angaben der Verordnung des Vertragsarztes zu halten (vgl. ebd.). Wurde die vorgeschriebene Therapieleistung erbracht, wird die Verordnung zu Lasten der Krankenkasse abgerechnet (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss, 2017, S. 5f).

In regelmäßigen Abständen stellt der GKV-Spitzenverband zusätzlich Berichte des Heilmittelinformationssystems (HIS) zur Einsicht bereit. Gegliedert sind die Berichte in die einzelnen Bundesländer, wobei auch ein Bundesbericht zur Verfügung steht. Dem HIS sind Informationen über Heilmittelverordnungen und -umsätze der Physio-, Ergo- und Sprachtherapie, sowie der podologischen Therapie zu entnehmen. Die darin verwerteten Daten erhält der GKV-Spitzenverband aus ungeprüften Heilmittelverordnungsdaten zur vertragsärztlichen Versorgung, die nach §302 SGB V übermittelt worden sind. Im Folgenden wird ein Überblick über die Verordnungsmenge logopädischer Leistungen von Januar bis Juni 2016 gegeben. (vgl. GKV-Spitzenverband, 2017a).

Tabelle 1 (s. Anhang S. 123) listet die 15 umsatzstärksten Heilmittelleistungen auf. Auffällig ist, dass nur eine logopädische Leistung in dieser Tabelle verzeichnet ist. Konkret handelt sich um Platz drei, 45 Minuten Sprachtherapie in Einzelbehandlung. Den zweiten Platz belegt die manuelle Therapie. Die umsatzstärkste Heilmittelleistung von Januar bis Juni 2016 ist die Krankengymnastik als Einzelbehandlung. (vgl. Tabelle 1 im Anhang S. 123).

Wie im Bundesbericht der Monate Januar bis Juni 2016 aufgeführt ist, haben vor allem Chirurgen, Gynäkologen, Hausärzte, HNO-Ärzte, Internisten, Kinderärzte, Nervenärzte und Orthopäden sprachtherapeutische Verordnungen ausgestellt. Rechnet man sonstige Ärzte und solche, die in keine spezifische Fachgruppe eingeordnet werden konnten hinzu, wurden in den sechs Monaten insgesamt 852.228 Verordnungen des Heilmittels Sprachtherapie ausgestellt. Auffällig ist, dass der Großteil davon, nämlich 386.304 Ver-

ordnungen, von Kinderärzten stammen. Dies deutet auf eine hohe Anzahl von Kindern in der Sprachtherapie hin. Am zweit- und dritthäufigsten verordneten Hausärzte (168.623 Verordnungsblätter) und HNO-Ärzte (132.718 Verordnungsblätter) Sprachtherapie für ihre Patienten. (vgl. Tabelle 2 im Anhang S. 123).

Tabelle 3: Sprachtherapie: Heilmittelverordnungen und -umsätze nach Altersgruppen (s. im Anhang S. 124) bestätigt die Vermutung der hohen Anzahl der kindlichen Sprachtherapien. Demnach wurden insgesamt 544.118 Verordnungen für unter 20 jährige Patienten ausgestellt, was wiederum einem Prozentsatz von 63,85% entspricht. (vgl. Tabelle 3 im Anhang S. 124).

Wie die im Anhang beigefügten Tabellen 2 und 3 (s. S. 123f im Anhang) bestätigen, finden in ambulanten Praxen hauptsächlich logopädische Therapien mit Kindern und jungen Erwachsenen unter 20 Jahren statt. In Hinblick auf das Bachelorprojekt macht diese Tatsache v. a. auch Eltern zu wichtigen Zielpersonen des Fragebogens zur Erfassung der Patientenzufriedenheit.

1.2.1.3 Abrechnung und Bezahlung logopädischer Leistungen

Nach §2 SGB V sind die Krankenkassen dazu verpflichtet, ihren Versicherten gewisse medizinische Sach- und Dienstleistungen, u. a. auch Heilmittel, zur Verfügung zu stellen (vgl. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2017c). Das bedeutet für den Versicherten, dass er jederzeit medizinische Gesundheitsleistungen, wie z.B. Therapien in Anspruch nehmen kann, ohne diese direkt beim jeweiligen Leistungserbringer zu bezahlen (vgl. Hajen u. a., 2013, S. 149ff). Möglich ist dies, weil der Versicherte monatlich einen Mitgliedsbeitrag an seine Krankenkasse zahlt und dadurch Anspruch auf ausreichende und bedarfsgerechte Behandlungen des Leistungskatalogs bzw. der Heilmittelrichtlinien erhält (vgl. Schuster, 2015, S. 20). Dies gilt natürlich auch für Mitversicherte, die nicht beitragspflichtig sind. Weiterhin ergibt sich aus Sicht der Leistungserbringer die Abrechnung von erbrachten Heilmitteln mit den Krankenkassen der Patienten, d.h. den Kostenträgern (vgl. Schuster, 2015, S. 20). Die Abrechnung bei den Krankenkassen muss, nach §302 „Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer“ SGB V Artikel 1, mittels „elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern“ erfolgen (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2017d). Mit Hilfe dieser Bestimmung soll die „zeitgemäße Kommunikationstechnik“ zwischen den Betroffenen gesichert werden (GKV-Spitzenverband, 2017b, S. 4). Weiter sollen die Heilmittelerbringer nicht nur Art, Menge und Kosten erbrachter Leistungen bei der Abrechnung angeben, sondern auch den Tag der Leistungserbringung, die Arztnummer und die Verordnung des Arztes (vgl. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2017d).

Dazu sollen die Heilmittelerbringer die sogenannten „Heilmittelpositionsnummern“ verwenden, durch die sich die erbrachten Therapieleistungen detailliert nachvollziehen lassen. Die jeweilige Heilmittelpositionsnummer lässt sich aus dem „bundeseinheitlichen Heilmittelpositionsnummernverzeichnis“ ermitteln und besteht aus insgesamt fünf Ziffern. Die Erste charakterisiert den Heilmittelbringer. So steht die Ziffer 3 beispielsweise für Logopäden und Sprachtherapeuten, während die Ziffer 5 Ergotherapeuten kennzeichnet. Die darauffolgenden zwei Stellen bestimmen die Leistungsart. In der Logopädie werden hier u. a. die Erstuntersuchung, Einzelbehandlung und Gruppenbehandlung unterschieden. Die letzten zwei Ziffern kennzeichnen die Leistung im Einzelnen. An dieser Stelle ist beispielsweise die Therapiezeit von Bedeutung. Wendet man die Heilmittelpositionsnummer auf die am häufigsten verordnete Therapieleistung in der Sprachtherapie an, bekommt die sprachtherapeutische Einzeltherapie von 45 Minuten die Nummer 33103. (vgl. IKK-Bundesverband, 2005, S. 7f).

Die Heilmittelerbringer haben jedoch die Wahl, sich um die Abrechnungen entweder mit Hilfe einer speziellen Software selbst zu kümmern oder den Prozess von einer sogenannten Abrechnungsgesellschaft erledigen zu lassen (vgl. GKV-Spitzenverband, 2017b, S. 8). An dieser Stelle wird nicht weiter auf das Abrechnungsverfahren eingegangen, da dies den Rahmen der Arbeit überschreiten würde.

Vergütet werden die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen, d.h. auch der Heilmittelerbringer, auf Basis der Grundlohnsumme. Diese setzt sich aus den oben bereits erwähnten Mitgliedsbeiträgen aller Versicherten, die tatsächlich beitragspflichtig sind, zusammen. Die Vergütungssätze können allerdings nicht beliebig angehoben oder gesenkt werden, da die Beitragssatzstabilität zu Gunsten der Versicherten eingehalten werden muss. Diese wird in §71 SGB V vorgeschrieben. Die Bezahlung der Leistungserbringer ist demnach so zu strukturieren, dass eine Anhebung der Mitgliedschaftsbeiträge nicht erforderlich ist. (vgl. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2017e).

Vergleicht man die Vergütungssätze für die gängigste logopädische Therapieleistung, Heilmittelpositionsnummer 33103: 45 Minuten Einzeltherapie in der ambulanten Logopädiepraxis, so fallen große, kassen- und bundeslandabhängige Unterschiede auf. Um diese zu veranschaulichen, erstellte die Autorin Tabelle 1: Vergütungssätze für die Abrechnung von Heilmittelpositionsnummer 33103 (im Anhang S. 123). Die linke Spalte der Tabelle listet die Vergütungssätze der Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) auf (vgl. Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V., dbf, 2014, zitiert in Schuster, 2015, S. 21). Da sie zu den Primärkassen zählen (vgl. Hajen u. a., 2013, S. 108), wurden sie beispielhaft ausgewählt. Bei den Angaben der Vergütung der Ersatzkassen handelt es sich um faktische Daten aus Anlage drei des Rahmenvertrags zwischen den Berufsverbänden und den Er-

satzkassen von Januar 2014 (vgl. Verband der Ersatzkassen e.V., vdek, 2017). In dieser Anlage werden die Vergütungslisten gemäß §125 SGB V für die Abrechnung stimm-, sprech- und sprachtherapeutischer Leistungen, gültig bis zum 31. März 2017 dargestellt (vgl. ebd.). Exemplarisch wurden die aktuellsten Vergütungssätze des jeweiligen Bundeslandes, gültig seit dem 01. Mai 2016, für Heilmittelpositionsnummer 33103, herausgearbeitet (vgl. Verband der Ersatzkassen e.V., vdek, 2017).

Tabelle 1: Vergütungssätze für die Abrechnung von Heilmittelpositionsnummer 33103

Vergütung der AOK (2014)	Bundesland		Vergütung Ersatzkassen
39,18€	Bayern		40,52€
39,27€	Saarland		39,51€
36,29€	Baden-Württemberg		38,40€
38,34€	Nordrhein	Nordrhein-Westfalen	38,29€
32,60€	Westfalen-Lippe		
35,52€	Schleswig-Holstein		37,16€
34,13€	Bremen		36,74€
35,85€	Niedersachsen		36,54€
34,63€	Hessen		
34,21€	Hamburg		
33,67€	Rheinland-Pfalz		
32,13€	Berlin		
29,12€	Sachsen		
	Thüringen		
28,35€	Brandenburg		
	Mecklenburg-Vorpommern		
25,76€	Sachsen-Anhalt		

Quelle: in Anlehnung an Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V., 2014, zitiert in Schuster, 2015, S. 21; Verband der Ersatzkassen e.V., vdek, 2017

Der Tabelle ist zu entnehmen, dass die höchsten Vergütungen für Positionsnummer 33103, sowohl auf Seiten der AOK, als auch auf Seiten der Ersatzkassen, für Therapeuten in Bayern und im Saarland ausgezahlt werden. Die niedrigste Vergütung bei beiden Kassenarten wird in Sachsen-Anhalt gezahlt. Hier besteht ein Unterschied von 10,78€. Die Tabelle zeigt, dass sich für alle Bundesländer ein hoher Anteil an AOK-Versicherten schlechter rentiert, als ein hoher Anteil an Patienten, die bei einer Ersatzkasse versichert sind. Auffällig ist außerdem, dass die Ersatzkassen in zehn Bundesländern den gleichen, gleichzeitig aber auch niedrigsten, Vergütungssatz von 36,54€ für Heilmittelpositionsnummer 33103 zahlen. Die AOK hingegen zahlen nur in Sachsen und Thüringen (29,12€) bzw. in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern (28,35€) einen identischen Satz.

Aus dieser Tabelle wird deutlich, dass der Ertrag einer logopädischen Praxis stark von der Region und der Krankenkassenzugehörigkeit der Patienten abhängig ist.

1.2.2 Qualitätsmanagement (QM)

Qualitätsmanagement ist ein Begriff, auf den viele Menschen zunächst negativ reagieren, da sie ihn beispielsweise mit Zwang, Kontrolle oder zusätzlicher Dokumentation verbinden. Setzt man sich mit der Thematik näher auseinander, erhält man allerdings ein völlig anderes Bild. "Das Zusammenspiel von Qualität und Kommunikation, vor allem die Kommunikation über Qualität und ihre Auswirkungen auf das Gesundheitswesen verdient genauere Aufmerksamkeit" (Barth, 1999, S. 315).

Da sich der Ausdruck „Qualitätsmanagement“ (QM) aus „Qualität“ und „Management“ zusammensetzt, werden zunächst diese Vokabeln definiert.

Der Begriff „Qualität“ stammt aus dem Lateinischen („qualis“) und bedeutet übersetzt „Beschaffenheit“ oder „Eigenschaft“, während die Wörter „Güte“, „Merkmal“ und „Niveau“ synonym verwendet werden können (vgl. Duden, 2017a). Bis in die 60er Jahre gaben die Hersteller selbst Auskunft über die Qualität ihrer Produkte und Leistungen, nicht die Kunden, so wie es mittlerweile üblich ist (vgl. Dehn-Hindenberg, 2008, S. 67). Heute begegnen Menschen im Alltag dem Wort „Qualität“ zwar häufig, aber eher unbewusst. Menschen vergleichen, beispielsweise beim Kauf von Kleidung oder elektronischen Geräten, zunächst ähnliche Produkte (vgl. Bruhn, 2008, S. 33f). Sie überprüfen ihre Qualität, bevor sie sich für ein Objekt entscheiden, das ihrer Meinung nach die bessere Beschaffenheit aufweist (vgl. ebd.). Allerdings hat jede Person eine andere Auffassung von Qualität, eine einheitliche Definition scheint es hierfür nicht zu geben (vgl. Bruhn, 2008, S. 33f).

Nach der DIN EN ISO 8402, die 1995 veröffentlicht wurde, wird Qualität als „... die Gesamtheit von Merkmalen (und Merkmalswerten) einer Einheit bezüglich der Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen“ verstanden (DIN EN ISO 8402, 1995, S. 9). In diesem Zusammenhang meint „Einheit“ sowohl Erzeugnisse, als auch Handlungen, was demnach die Erbringung einer Therapie mit einschließt (vgl. Bruhn, 2003, S. 28). An dieser Norm orientieren sich zahlreiche Autoren, zu denen unter anderen auch Wüthrich-Schneider (1998, S. 10), Bruhn (2003, S. 27ff), Grosstück (2008, S. 11ff), und Zollondz (2011, S. 164) gehören. Diese viel genutzte Definition scheint für den medizinisch-gesundheitlichen Bereich dennoch schwer übertragbar zu sein. Daher fügen Vieten und Maier (1996, S. 150) dem hinzu, dass die besagten „(...) Erfordernisse im Sinne des Patienten und unter Berücksichtigung des aktuellen Kenntnisstandes der Medizin zu erfüllen“ sind. Im Jahr 2005 aktualisierte die DIN EN ISO, mit der Norm -9000-, ihre Auf-

fassung des Begriffs „Qualität“ wie folgt: „Grad, in dem ein Satz inhärenter Merkmale Anforderungen erfüllt“ (DIN EN ISO 9000, 2005, S. 18). „Inhärent“ bedeutet in diesem Fall so viel wie „enthalten“ oder „mit eingeschlossen“ (vgl. DIN EN ISO 9000, 2005, S. 18; Duden, 2017b). Jedoch lässt auch diese, aus Sicht der Autorin sehr weit gefasste, Definition keine konkreten Rückschlüsse auf den medizinischen und gesundheitlichen Bereich zu. Sens u. a. (2007, S. 3) verstehen die DIN EN ISO 9000 Begriffsdefinition zur Qualität als „Grad, in dem Qualitätsmerkmale eines Produktes oder einer Dienstleistung Anforderungen erfüllen“. Ein Qualitätsmerkmal ist wiederum durch die charakterisierende Eigenschaft eines Erzeugnisses oder einer Dienstleistung, demnach auch einer Therapie, in Bezug auf Ansprüche gekennzeichnet (vgl. ebd., S. 7). Eine weitere Beschreibung des Wortes Qualität, welche eine Schlussfolgerung auf den medizinisch-gesundheitlichen Bereich zulässt, stammt von Ruprecht (1993, S. 964, zitiert in Sens u. a., 2007, S. 5):

"Qualität im Gesundheitswesen bedeutet eine ausreichende und zweckmäßige, d. h. patienten- und bedarfsgerechte, an der Lebensqualität orientierte, fachlich qualifizierte, aber auch wirtschaftliche medizinische Versorgung mit dem Ziel, die Wahrscheinlichkeit erwünschter Behandlungsergebnisse bei Individuen und in der Gesamtbevölkerung zu erhöhen."

Die Verfasserin wird, im Verlauf der Bachelorarbeit, den Qualitätsbegriff so betrachten, wie Ruprecht (ebd.) es getan hat.

Zusätzlich zum Qualitätsbegriff werden in der Literatur die „Struktur- bzw. Systemqualität“, die „Prozessqualität“ und die „Ergebnisqualität“ unterschieden. Dieses bis heute vorherrschende Bild der drei Qualitätsdimensionen hat Avedis Donabedian bereits in den 80er Jahren geprägt. Als erstes nennt er die „Struktur- bzw. Systemqualität“, die wiederum in zwei Bereiche unterteilt werden kann. Die sachliche Struktur- bzw. Systemqualität beschäftigt sich mit finanziellen Mitteln, den Zimmern und der materiellen Ausstattung der Einrichtung. Die persönliche Struktur- bzw. Systemqualität hingegen bezieht sich auf das Personal und dessen Qualifikationen. Weiter nennt der Experte die „Prozessqualität“, bei der es um die Anforderungen geht, die an die Gestaltung der Leistungserbringung zu stellen sind. Gemeint sind hier die Behandlungsdurchführung inklusive des „kommunikativen und psychosozialen Verhaltens“, die Dokumentation der Behandlung, die Aktenverfügbarkeit und allgemeine Wartezeit. Zum Schluss wird die „Ergebnisqualität“ aufgelistet. Sie meint die Veränderungen des Gesundheitszustands des Patienten, d.h. den Output der Leistungserbringung. Darunter fallen z.B. die Qualität der Therapie, Therapieerfolge und der Umgang mit Beschwerden. Zu dieser Dimension zählt auch die Patientenzufriedenheit, die die Autorin mittels eines Fragebogens an ihrem Arbeitsplatz erfassen möchte.

(vgl. Donabedian, 1980, zitiert in Dehn-Hindenberg, 2008, S. 71ff; zitiert in Schuster, 2015, S. 29ff).

Das Wort „Management“ hingegen wurde aus der englischen Sprache abgeleitet und meint die „Verwaltung“, „Betreuung“ und „Organisation“ (vgl. Duden, 2017c). Die Deutsche Gesellschaft für Qualität e.V. (2016, S. 29) versteht darunter das vorsätzliche, methodische Ablaufen eines Vorgangs. Detaillierter betrachtet gilt es, im Bereich Management, drei wesentliche Punkte zu beachten (vgl. Piechotta, 2008, S. 8). An erster Stelle stehen das Herausarbeiten von Zielen und das Informieren aller Beteiligten über eben diese (vgl. ebd.). Sobald Wandlungen nötig und möglich sind, sollten sie reguliert gestartet werden (vgl. Piechotta, 2008, S. 8). Wichtig ist außerdem, das gesamte Team in den Vorgang mit einzubeziehen und so gemeinsam für das Erreichen des Ziels zu sorgen (vgl. ebd.).

Um im Folgenden den Begriff „Qualitätsmanagement“ (QM) in Bezug auf Dienstleistungen zu definieren, werden die zuvor erläuterten Fachtermini zunächst von der Autorin miteinander kombiniert und in Beziehung gesetzt. Mit QM ist demnach zum einen die Organisation, Verwaltung und Betreuung verschiedenster Dienstleistungsmerkmale gemeint. Zum anderen versteht sich darunter aber auch die Erfüllung der festgeschriebenen Anforderungen und Erwartungen, an eben diese Merkmale, zu überprüfen bzw. dessen Eignung zu begutachten.

Grosstück greift auf eine Definition des Begriffs Qualitätsmanagement aus den dbf-Qualitätsleitlinien (2001, zitiert in Grosstück, 2008, S. 11) zurück:

„Qualitätsmanagement sind alle planmäßigen und systematischen Maßnahmen, die zur Qualitätsprüfung und -verbesserung ergriffen werden. Qualitätsmanagement bezieht Mitarbeiter- und Kundenorientierung ein, beruht auf einem theoretischen Konzept und hat Verfahrensmethodik.“

Grosstück (2008, S. 11) schließt aus diesem Zitat, dass durch QM die Qualität in logopädischen Praxen, d.h. die Therapie selbst, aber auch die Organisation prä, peri und post Therapie, ermittelt, beurteilt und ggf. verbessert werden kann.

QM soll in therapeutischen Einrichtungen „interne (...) und externe (...)“ Ansprüche verwirklichen, wobei dies keine hohen Kosten verursachen und möglichst qualitativ umgesetzt werden sollte (vgl. Becker, 2006, S. 1ff u. 11f). Interne Ansprüche sind in diesem Fall die Einrichtung und dessen Angestellten, externe Ansprüche meint „Gesetzgeber“, Kostenträger, „Ärzte“ und Klienten (vgl. ebd.). Ähnlicher Meinung ist auch Bruhn (2000, S. 30ff), der die Erfassung der Anforderungen der Patienten, die Durchsetzung gegenüber der Konkurrenz und die Erfüllung der eigenen Anforderungen an die Leistungserbringung

als Aufgabe des QM sieht. Zusammengefasst ist hier die Realisierung der Dienstleistungsqualität, die von der Einrichtung individuell festgelegt wurde, gemeint (vgl. ebd., S. 40). Das verantwortliche Leiten einer Gemeinschaft, im Sinne von QM, schließt die Gebiete „Qualitätsziele, -planung, -lenkung, -sicherung und -verbesserung“ mit ein (vgl. Piechotta, 2008, S. 6). Somit ist QM durch das Bestreben nach ständiger Verbesserung einer Vereinigung und dessen Leistung gekennzeichnet (vgl. Deutsche Gesellschaft für Qualität e. V., DGQ, 2016, S. 30).

Ein Modell, dessen Ursprung über 400 Jahre zurückliegt und das Streben nach permanenter Verbesserung veranschaulicht, ist das „Plan-Do-Check-Act“-Modell (PDCA-Modell oder -Zyklus), welches ebenfalls unter den Begriffen „Demingkreis“ oder „Shewhart-Zyklus“ bekannt ist (vgl. Piechotta, 2008, S. 6f; Schuster, 2015, S. 31f; Barsalou, 2017). In einigen Quellen wird das PDCA-Modell, s. Abbildung 1, als „Grundprinzip von Qualitätsmanagement“ bezeichnet (ebd.):

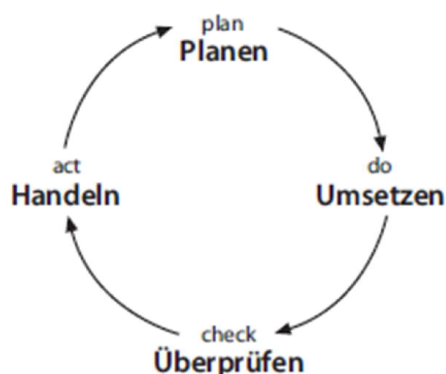


Abbildung 1: Plan-Do-Check-Act-Zyklus

Quelle: Piechotta, 2008, S. 6

QM im Bereich der Dienstleistungsqualität, d.h. auch der therapeutischen Arbeit, beginnt demnach bei der Planung der Bewältigung eines speziellen Problems, das zuvor durch eine kritische Betrachtung des Ist-Zustandes festgelegt worden ist (Plan). Natürlich müssen die geplanten Veränderungen mit Hilfe geeigneter Strategien durchgeführt werden, was am ehesten gelingt, wenn feste Aufgaben verteilt worden sind (Do). Daraufhin gilt es, Veränderungsprozesse hinsichtlich des gewollten Verlaufs zu analysieren und zu kontrollieren (Check). Abschließend wird angemessen auf die positiven und negativen Ergebnisse des Checks reagiert, indem die bis dato genutzten Strategien immer weiter optimiert und schließlich routinemäßig in den Alltag integriert werden. So entsteht ein kontinuierlicher, qualitätsverbessernder Kreislauf. (vgl. Piechotta, 2008, S. 6f; Schuster, 2015, S. 31f).

Die Autorin sieht „Qualitätsmanagement“ nun als einen kontinuierlichen Kreislauf, der den Betriebsablauf permanent begleitet. Weiter sieht sie QM als eine Art Hilfsmittel, mit dem die intrinsische Motivation, therapeutischen Leistungen zu verbessern, umgesetzt werden kann.

1.2.3 Qualitätsmanagementsystem (QMS)

Unterteilt man den Begriff QMS, so tauchen die in 1.3 bereits erläuterten Begriffe „Qualität“ und „Management“ erneut auf. Hinzugekommen ist der Begriff „System“, der beschrieben wird als „Prinzip, nach dem etwas gegliedert, geordnet wird“ (vgl. Duden, 2017d). Wörter wie „Gliederungs- und Ordnungsprinzip“ werden synonym verwendet (vgl. ebd.). Die DIN EN ISO 9000 (2005, S. 20) definiert das QMS als „Managementsystem zum Leiten und Lenken einer Organisation bezüglich der Qualität“. Das bedeutet, um die in 1.3 dargestellten Aufgaben des Qualitätsmanagements zu erfüllen bzw. umzusetzen, wurden sogenannte „Qualitätsmanagementsysteme“ (QMS) entwickelt. Es handelt sich demnach um taktische Arbeitshilfen, die dabei helfen sollen einen Betrieb zielführend zu verwalten und zu steuern, wobei sich an Grundlagen des Qualitätsmanagements orientiert wird (vgl. Deutsche Gesellschaft für Qualität, DGQ, 2016, S. 30). QMS werden als „Werkzeug“ gesehen, welches „den Rahmen für planmäßiges Handeln“ aller im Betrieb Beschäftigten bestimmt (Becker, 2006, S. 1 u. 5).

Der deutsche Bundesverband für Logopädie e.V. hat über Jahre hinweg ein eigenes QMS in Form eines Qualitätsmanagement-Handbuchs (QMH) entwickelt. Dieses steht nicht für jeden Logopäden frei zur Verfügung, sondern muss beim Bundesverband erworben werden. Für dbI-Mitglieder beträgt der Kaufpreis derzeit 178,50€, während Nicht-Mitglieder für das QMH einen Betrag von 297,50€ zahlen müssen. Nach dem Kauf erhält der Interessent einen USB Stick, auf dem die entsprechenden Dateien abgespeichert sind. (vgl. Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V., dbI, 2017g).

Es handelt sich bei dem QMH um eine Art „Musterhandbuch“, das jede Logopädiepraxis individuell für sich selbst anpassen muss (Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V., dbI, 2012, S. 7). Das QMH soll dazu dienen, den „aktuellen Umfang und Aufbau“ des QMS zu verdeutlichen (ebd.). Zudem ist es eng mit der „DIN ISO 9001“ und den Richtlinien des dbI verknüpft (vgl. Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V., dbI, 2012, S. 7). Durch diese Anlehnung soll nicht nur die stetige Optimierung der gesamten logopädischen Tätigkeiten möglich gemacht werden (vgl. ebd.). Auch die Vorschriften von Seiten der Behörden und Gesetzgeber sollen auf diesem Weg eingehalten werden (vgl. Deut-

scher Bundesverband für Logopädie e.V., 2012, S. 7). Den dritten positiven Aspekt des dbl internen QMS stellt die Erfüllung der „Erwartungen und Bedürfnisse der (Leistungs-) Empfänger“ dar (ebd.).

Das QMS des dbl enthält im Wesentlichen drei Kernpunkte. Bei der „Patientenversorgung“ steht der Leistungsempfänger klar im Vordergrund. Thema sind hier die Orientierung, Sicherheit und Mitwirkung der Patienten sowie die Organisation der therapeutischen Behandlungsabläufe. Leistungserbringer werden aufgefordert, sich bei diesen Punkten an die Vorgaben des Bundesverbands zu halten. Weiter besteht die Verpflichtung, nach den aktuellsten wissenschaftlichen Prinzipien zu arbeiten. „Praxisführung/Mitarbeiter/Organisation“ fasst den zweiten Kernbereich zusammen. Hierbei handelt es sich um Managementaufgaben in den Themengebieten Einrichtung, Mitarbeiter, Kommunikation sowie Fort- und Weiterbildungen. Der dritte Kernpunkt beschreibt das Prinzip bzw. den eigentlichen Prozess des Qualitätsmanagements. Es geht darum, für eine Praxis individuelle und präzise Qualitätsziele zu ermitteln und die Erreichung derer systematisch zu kontrollieren. Im Fokus steht die kontinuierliche Optimierung aller Abläufe mit Hilfe von Beschwerdemanagement und Patientenbefragungen. (vgl. Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V., dbl, 2017h).

Die besagte Patientenbefragung ist für die Verfasserin bzw. ihre Bachelorarbeit von besonderer Bedeutung. Thematisiert wird sie in Kapitel 8.2.1 „Kundenzufriedenheit“ des QMH (vgl. Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V., dbl, 2012, S. 63f). Dort wird nicht nur die Kundenzufriedenheit definiert und ihr Zweck verdeutlicht, es werden auch Durchführungshinweise zur Befragung gegeben (vgl. ebd.). Auf diese Kriterien wird jedoch erst in den Kapiteln „1.2.4 Patientenzufriedenheit“ (ab S. 27) und „3.2.2 Auswertung“ (ab S. 67) der Bachelorarbeit näher eingegangen.

1.2.4 Patientenzufriedenheit

Die Patientenzufriedenheit ist ein Konstrukt, welches, wie bereits in „1.2.2 Qualitätsmanagement (QM)“ (s. S. 23ff) erwähnt wurde, im Bereich der sozialen Dienstleistungsqualität eine wichtige Rolle spielt. Da es sich auch bei diesem Begriff um eine Wortzusammensetzung handelt, werden die Teile dessen im Folgenden zunächst einzeln definiert.

„Patient“ wurde vom Lateinischen „*patiens*“ abgeleitet und ist die Bezeichnung für einen Menschen, der „von einem Arzt (...) oder einem Angehörigen anderer Heilberufe behandelt oder betreut“ wird (vgl. Duden, 2017e). Nicht nur die Therapeuten, sondern auch beispielsweise Hebammen, Altenpfleger, Apotheker, Krankenpfleger und viele weitere Berufsfelder zählen zu den sogenannten Heilberufen (vgl. Bundesministerium für Gesund-

heit, 2017). Hunstein (1997, S. 3ff, zitiert in Zinn, 2010, S. 7) spricht zusätzlich von einem Verhältnis zwischen den Parteien, welches aus Sicht des Patienten durch „Abhängigkeit und Hilfsbedürftigkeit“ gekennzeichnet ist. Hervorgehoben wird, dass eben diese Abhängigkeit und Hilfsbedürftigkeit des Patienten vom jeweiligen Spezialisten immer stärker wird, je mehr medizinische Spezialisierungsgebiete entstehen (vgl. Zinn, 2010, S. 7f).

Wie in „1.1 Allgemeine Problembeschreibung“ ab Seite 11 bereits erwähnt, berichtet nicht nur Frau Knerr (2005, S. 3), sondern auch Herr Zinn (2010, S. 4 u. 8) darüber, dass Patienten immer häufiger als „Kunden“ wahrgenommen werden. Cox et al. (1993, S.408ff), Williams und Calnan (1991, S. 707ff) sehen den Grund dafür in dem immer intensiver werdenden Konkurrenzkampf im Gesundheitssystem und dem ebenfalls dazugehörigem Qualitätsmanagement, mit dem sich die Autorin bereits in „1.2.2 Qualitätsmanagement (QM)“, ab Seite 22, auseinandergesetzt hat. Den Patienten als Kunden und den Heilmittelerbringer im Umkehrschluss als Dienstleister zu bezeichnen, ähnelt den Verhältnissen in der Industrie. So könnte der Eindruck einer Art „Massenabfertigung“ erweckt werden. Umso wichtiger ist es, dass sich die Menschen, die einen Heilberuf ausüben, immer wieder bewusst machen, dass es sich bei ihren Patienten um Individuen handelt. Sie benötigen und verdienen eine auf sie abgestimmte, individuelle Behandlung.

Im QMH des dbl wird Kundenzufriedenheit als „Zufriedenheit von Patienten und Angehörigen ... (sowie) zuweisenden und kooperierenden Praxen und Institutionen“ verstanden (vgl. Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V., dbl, 2012, S. 63).

Personen gelten allgemein als „zufrieden“, sofern sie sich mit der Realität und der Relation im „Einklang“ befinden und selbst keinerlei Veränderung daran vornehmen wollen würden (vgl. Duden, 2017f). Der Autor Winfried Zinn listet in seinem Werk (2010, S. 22f) eine ganze Reihe von Definitionen des Begriffes „Zufriedenheit“ auf, aus denen im Folgenden einige Aspekte herausgegriffen werden. Zinn selbst spricht von Zufriedenheit als „dynamisches Konstrukt“, ohne dauerhafte Konstante, welches an faktische Kenntnisse geknüpft ist (ebd.). Weiter handelt es sich um einen „psychischen Zustand“, der zu „entsprechenden Verhaltensdispositionen“ führt (Stollberg, 1968, S. 80f). Somit stellt er das Resultat der Verwirklichung der menschlichen „Bedürfnisse und Erwartungen“, durch Elemente der Außenwelt, dar (ebd.). Dass Zufriedenheit sowohl „emotionale“, als auch „intentionale“ Komponenten hat, ist Neugebauers und Porsts Sichtweise (2001, S. 2), die dessen Entstehung mittels des „kognitiven Ist-Soll-Vergleichs“ erklären. Demnach wird Zufriedenheit als Ergebnis-Zustand auf emotionaler Ebene gesehen (vgl. ebd.). Sie liegt vor, wenn der Ist-Zustand gleich oder größer ist, als der intentionale Soll-Zustand (vgl. Neugebauer u. Porst, 2001, S. 2). Beim Ist-Zustand handelt es sich um die subjektive Wirklichkeit, die nicht mit der objektiven übereinstimmen muss (vgl. ebd.). Der Soll-Zustand meint die eigenen Anforderungen und Wünsche (vgl. Neugebauer u. Porst, 2001, S. 2).

Die Autorin versteht den Begriff Patientenzufriedenheit folglich nicht mehr nur als Eindruck auf emotionaler Ebene. Die logopädisch-therapeutische Betreuung eines Individuums sollte durch dessen Zufriedenheit gekennzeichnet sein. Patientenzufriedenheit in der Therapie bedeutet, dass die emotionalen, intentionalen und kognitiven Anforderungen und Wünsche des Individuums durch die therapeutische Behandlung und dessen äußere Rahmenbedingungen gedeckt oder sogar übertroffen werden.

Ihren Ursprung hat die Patientenzufriedenheitsforschung im Fachgebiet der Soziologie (vgl. Zinn, 2010, S. 42). Von dem Experten Pascoe (1983, S. 189), dem sich auch Cleary und McNeil (1988, S. 26) anschließen und der ebenfalls von Knerr (2005, S. 31) in ihrem Werk zitiert wird, wird Patientenzufriedenheit folgendermaßen definiert:

„Patient satisfaction is defined as a health care recipient’s reaction to salient aspects of the context, process, and result of their service experience. This view characterizes patient satisfaction as an evaluation of directly-received service. The evaluation is seen as a comparison of salient characteristics of the individual’s health care experience to a subjective standard.“

Demnach ist die Patientenzufriedenheit die Reaktion des Leistungsempfängers auf hervorstechende Aspekte seiner Erfahrung mit der Dienstleistung in Bezug auf den Kontext, den Prozess und die Ergebnisse. Diese Sichtweise charakterisiert Patientenzufriedenheit als eine Einschätzung bzw. Bewertung der direkt empfangenen Dienstleistung. Diese Bewertung wird als ein Vergleich der markanten Merkmale der individuellen Gesundheitserfahrung zu einem subjektiven Standard gesehen.

Astrid Knerr bezieht sich im weiteren Verlauf allerdings stark auf die deutsche Definition nach Jacob und Bengel (2000, S. 284), die wie folgt lautet:

„Patientenzufriedenheit wird als Teil der Qualität der medizinischen und psychologischen Versorgung betrachtet. Sie stellt die subjektive Bewertung einer medizinischen Versorgungsleistung durch den Patienten dar. Grundlage dieser Bewertung ist das Ausmaß der Erfüllung a priori bestehender Erwartungen. Patientenzufriedenheit lässt sich in verschiedene Dimensionen untergliedern, die settingspezifisch variieren können. Das führt dazu, daß [sic] Patientenzufriedenheit in der Forschungspraxis oft operational definiert wird.“

Wie die Definition bereits vermuten lässt, sind die Dimensionen der Patientenzufriedenheit sehr variabel. So sprechen Jacob und Bengel (2000, S. 282f) in ihrem Werk von folgenden Dimensionen:

- | | |
|--|-------------------------------------|
| → „ <i>Interpersonelles Verhalten</i> “ | → „ <i>Wirksamkeit/Ergebnisse</i> “ |
| → „ <i>Technische Qualität</i> “ | → „ <i>Kontinuität</i> “ |
| → „ <i>Zugänglichkeit/Bequemlichkeit</i> “ | → „ <i>Physische Umgebung</i> “ |
| → „ <i>Finanzen</i> “ | → „ <i>Verfügbarkeit</i> “ |

Neugebauer und Porst (2001, S. 8f) hingegen haben den Literaturbestand verglichen und kamen zu dem Ergebnis, dass die:

- „*pflegerische Betreuung*“
- „*ärztliche Betreuung*
(*Kompetenz, Kommunikationsverhalten und allgemeiner Verhaltensstil des Arztes*)“
- „*Hotelleistungen (Komfort, Sauberkeit, moderne Ausstattung)*“ und
- „*Verwaltung (Wartezeiten, Aufwand für Termine, Aufnahme)*“

am häufigsten zu den Patientenzufriedenheitsdimensionen gezählt worden sind.

Eine Reihe von Experten kritisieren allerdings, dass der Forschung im Bereich der Patientenzufriedenheit der theoretische Hintergrund fehlt (vgl. Zinn, 2010, S. 43). Dieses Ergebnis hat auch Knerr (2005, S. 30f) herausgearbeitet.

Jacob und Bengel (2000, S. 297) haben, mittels eines heuristischen Modells, versucht, mögliche Einflussfaktoren der Patientenzufriedenheitserfassung herauszuarbeiten. Allerdings steht auch für sie fest, dass dies durchaus ausbaufähig ist und ein großer Forschungsbedarf im Bereich der Patientenzufriedenheit besteht (vgl. ebd.).

Als Resümee der Patientenzufriedenheit ergibt sich für die Autorin ein schwer greifbares Konstrukt, welches vom individuellen Soll-Ist-Vergleich abhängig ist. Die Patientenzufriedenheit wurde bisher wenig erforscht, obwohl sie eine Vielzahl an Forschungsansätzen bietet. Bestimmt wird sie durch eine hohe Anzahl an Einflussfaktoren, die derzeit nicht vollständig erfasst worden sind.

Im weiteren Verlauf setzt sich die Verfasserin zunächst mit geeigneten Untersuchungsmethoden zur Erfassung der Patientenzufriedenheit auseinander. Es folgt eine Erörterung von weiteren Faktoren, die die Ergebnisse der Erhebung beeinflussenden können.

1.2.4.1 Erfassung von Patientenzufriedenheit

In diesem Fall soll die Erfassung der Patientenzufriedenheit dazu dienen, die Leistungserbringung der beiden Logopädinnen im Sinne der Patienten zu optimieren, damit sich die Praxis für Logopädie qualitativ von der konkurrierenden Einrichtung abhebt und so dem entstandenen Wettbewerbsdruck standhält. Das bedeutet, die Erfassung der Patientenzufriedenheit dient u. a. der Qualitätssicherung. Darüber hinaus kann Zufriedenheit gesundheitsfördernd und -erhaltend auf ein Individuum wirken (vgl. Knerr, 2005, S. 27). Beispielsweise blicken Patienten auf Erfahrungen und Situationen in der Gesundheitsversorgung zurück und ziehen daraus „Konsequenzen für ihr eigenes Gesundheitsverhalten“ (ebd.). Dies kann sich nicht nur in der weiteren Beanspruchung von therapeutischen Behandlungen äußern, sondern auch in einer persönlichen Verhaltensänderung (vgl. Knerr, 2005, S. 27). Doch wie wird bei der Erfassung der Patientenzufriedenheit am besten vorgegangen?

Wie Andrea Dehn-Hindenberg (2008, S. 129ff) in ihrem Werk herausstellt, werden v. a. drei Untersuchungsmethoden für die Erfassung von Beurteilungen bzw. Zufriedenheitswerten der Patienten verwendet. Dazu gehören der Fragebogen, leitfadengestützte Interviews und die Diskussion in Fokusgruppen (vgl. ebd.). Fokusgruppen bestehen aus Menschen, die alle ein gemeinsames Merkmal, wie beispielsweise die gleiche Krankheit oder das gleiche Störungsbild, aufweisen (vgl. Zinn, 2010, S. 54). Etwas anderer Meinung ist hingegen Zinn (2010, S. 53ff), der zwar auch das Interview und den Fragebogen als oft verwendetes Untersuchungsverfahren sieht, als dritt häufigste Methode allerdings nicht die Fokusgruppe, sondern die Telefonbefragung nennt.

Da sich, wie zuvor erläutert, verschiedene Autoren einig sind, dass Interviews und Fragebögen zu den meist verwendeten Untersuchungsmethoden zur Erfassung der Patientenzufriedenheit zählen, werden im Folgenden die Vorteile dieser Verfahren tabellarisch dargestellt:

Tabelle 2: Die Vorteile der Untersuchungsmethoden Interview und Fragebogen

Vorteile des Interviews	Vorteile des Fragebogens
→ Sicherstellung, dass (nur) die Meinung des Probanden eingeholt wird	→ weniger speziell ausgebildetes Personal notwendig
→ Nachfragen bei Unklarheiten möglich	→ geringe Datenerhebungskosten
→ Flexibilität bei der Themenwahl	→ keine Verfälschung durch den Interviewer
→ Erlebnisbericht	→ standardisierte Fragen
→ Gründe für Nichtbeantwortung ermitteln	→ Anonymität

Quelle: in Anlehnung an Fitzpatrick, 1991, S. 889

Ein großer Nachteil der Interviewmethode ist allerdings, dass die Werte der Zufriedenheit bei den Befragten ca. 10% höher anzusetzen sind, als bei der Fragebogenmethode (LeVois et al., 1981, S.139). Das liegt vermutlich daran, dass der Interviewer im direkten Kontakt mit den befragten Personen steht und diese aus Angst vor der Reaktion des Interviewers höhere Zufriedenheit vorgeben, als tatsächlich vorliegt. LeVois et al. (1981, S. 139) sehen die Interviewmethode für die Datenerhebung in Hinblick auf ein Qualitätsmanagement daher als ungeeignet an. Lewis' (1994, S. 657ff) Meinung ist ähnlich, er sieht den Fragebogen als das „einfachere, effektivere und effizientere Verfahren“ zur Erfassung der Patientenzufriedenheit an. Auch Zinn (2010, S. 55) schließt in seinem Fazit, dass bei diesem Vorhaben das „bewährte Fragebogenverfahren“ angewandt werden sollte. Dieser Meinung ist auch der Deutsche Bundesverband für Logopädie e.V. (2012, S. 63), der die „aktive Befragung“ ebenfalls nutzt, um den „Status der Kundenzufriedenheit“ zu ermitteln. Nicht nur die Wahl der Untersuchungsmethode kann die Ergebnisse der Patientenzufriedenheit beeinflussen. Es existieren einige Faktoren, auf Grund derer die erhobenen Werte der Patientenzufriedenheit höher ausfallen können.

Zunächst wird die „*soziale Erwünschtheit*“ aufgelistet, die durch zwei Dinge gekennzeichnet ist. Zum einen könnte die befragte Person den Mitarbeitern der Einrichtung einen Gefallen tun wollen. Zum anderen könnte Angst vor der Reaktion des Fragenden vorherrschen, sobald die negative Bewertung bekannt wird. Diese Angst könnte durch die ländliche Lage der Praxis verstärkt werden. Es besteht für die Patienten und Therapeuten immer die Möglichkeit, sich außerhalb der Therapie, d.h. privat, zu begegnen, z.B. in Geschäften. Letzterem kann bei der Fragebogenmethode allerdings aus dem Weg gegangen werden, da dort eine Anonymisierung möglich ist. (vgl. Jacob u. Bengel, 2000, S. 287).

Weiter kann es zu einer höheren Zufriedenheitsrate kommen, wenn ein Patient ein „*Parsonsches Rollenverständnis*“ aufweist. Dabei halten die Patienten nicht nur negative Kritik an ihrer Behandlung für unangebracht, sondern sehen sich selbst auch als „passive und machtlose Hilfeempfänger“. (vgl. Parsons, 1951, S. 439ff).

Möglich ist außerdem die „*Selbstselektion beim Rücklauf*“. Patienten, die mit der Einrichtung und/oder ihrer Behandlung unzufrieden sind, nehmen gar nicht erst an Patientenzufriedenheitsbefragungen teil, wodurch die Einrichtung nur die Rückmeldungen zufriedener Patienten erhält. (vgl. Neuberger, 1985, S. 180).

Bei „*kognitiver Dissonanz*“ idealisiert der Patient die erhaltene Behandlung. Er geht davon aus, dass es sich bei seiner Gesundheit um ein so hohes Gut handelt, dass er nicht wahrhaben will, eine minderwertige Behandlung erhalten zu haben. (vgl. Erzberger u. a., 1989, S. 144f).

Auch „*demografische Faktoren*“ können die Erfassung der Patientenzufriedenheit beeinflussen. Es besteht durchaus ein Zusammenhang zwischen dem Alter der Patienten und ihrer Zufriedenheitsbewertung (vgl. Knerr, 2005, S. 35). Zu den demografischen Einflussfaktoren zählen allerdings auch der Immigrantenstatus, das Einkommen und der Bildungsgrad der Patienten (vgl. Schmidt u. a., 2003, S. 622).

Zum Schluss werden „*gleichförmige Fragen*“ als Einflusskriterium auf die hohen Patientenzufriedenheitswerte angegeben (vgl. Knerr, 2005, S. 36). Gleichförmige Fragen treten bei dauerhaft gleichen Antwortmöglichkeiten, d.h. vor allem bei schriftlichen Befragungen, auf. Die „*Aquieszenz*“ [sic] könnte entstehen, wenn der Patient zu gleichförmigen, d.h. immer positiven Antworten tendiert (vgl. Naumann u. a., 2001, S. 250). Dieses Problem könnte umgangen werden, indem innerhalb des Fragebogens unterschiedliche Antwortformate vorgegeben werden. Kreuzt ein Befragter stetig die positive Antwort an ohne das Item zu beachten, können auch Kontrollfragen helfen, das Phänomen der „gleichförmigen Fragen“ aufzudecken.

Abschließend geht die Autorin davon aus, dass der Fragebogen, zur Erfassung der Patientenzufriedenheit, die geeignetste Form der Datenerhebung für ihr Projekt in der logopädischen Praxis ist. Durch den Einsatz eines Fragebogens können die personellen und finanziellen Mittel geringer gehalten werden, als beispielsweise bei einem Interview. Auch die Anonymität der Befragten kann im Rahmen schriftlicher Befragungen aufrechterhalten werden. Voraussetzung ist allerdings, dass entweder nur grobe Angaben zur Person gemacht werden, oder die Auswertung durch eine außenstehende, dritte Person erfolgt. Aus Sicht der Verfasserin solle vor allem auf die Einflusskriterien soziale Erwünschtheit, Selbstselektion beim Rücklauf, Parsonsches Rollenverständnis, kognitive Dissonanz und demografische Faktoren Rücksicht genommen werden, da es nicht möglich ist, sie abzuwenden.

1.2.5 Vorstellung der „Praxis für Logopädie“

Aus Gründen des Datenschutzes hat sich die Autorin der wissenschaftlichen Arbeit zu Beginn des Projekts das schriftliche Einverständnis der Inhaberin eingeholt, einige praxisinterne Informationen preisgeben zu dürfen (vgl. Abbildung 1 im Anhang auf S. 106).

Die Realisierung des Bachelorprojekts erfolgt in enger Zusammenarbeit mit der „Praxis für Logopädie“, in der die Verfasserin seit dem Abschluss ihrer Berufsausbildung, an zwei Tagen in der Woche, arbeitet.

Die Einrichtung liegt in der Gemeinde Kalletal, genauer im zentralen Ortsteil Hohenhausen, in dem sich auch andere therapeutische Einrichtungen und Geschäfte befinden. Mitt-

lerweile arbeiten in der Praxis insgesamt zwei staatlich anerkannte Logopädinnen, zu denen zum einen die Praxisinhaberin und -leitung, Frau Quednau-Stademann und zum anderen die Autorin zählen. Frau Quednau-Stademann hat bereits mehr als 25 Jahre Berufserfahrung, während die Verfasserin erst seit einem Jahr als Logopädin tätig ist.

Die Einrichtung umfasst zwei Therapieräume, die jeweils mit entsprechenden Materialien ausgestattet sind und einen kleinen Teamraum. In diesem finden nicht nur Besprechungen statt, auch Arbeitspausen werden dort verbracht. Zusätzlich weist die Einrichtung eine Patienten- und eine Mitarbeitertoilette auf. Vorteilhaft ist, dass die Logopädiepraxis durch ihre Lage im Erdgeschoss auch für Patienten zugänglich ist, die aus gesundheitlichen Gründen im Rollstuhl sitzen.

Die Thematik der Bachelorarbeit, nämlich die Entwicklung und Implementierung eines Fragebogens zur Erfassung der Patientenzufriedenheit in einer logopädischen Praxis, umfasst zwar den Bereich des QM bzw. QMS, jedoch liegt der betreffenden Einrichtung kein QMS vor.

2 Methoden

Wie bereits erwähnt, besteht das Ziel der Autorin darin, die logopädische Praxis, in der sie arbeitet, im Rahmen ihrer Bachelorarbeit zu unterstützen. Indem ein Fragebogen zur systematischen und kontinuierlichen Erfassung der Patientenzufriedenheit entworfen und implementiert wird, beginnt die Einführung von Teilen eines QMS.

Die Forschungsmethode des Projekts besteht darin, diesen Fragebogen in enger Zusammenarbeit mit der Inhaberin zu entwickeln und so speziell auf die Einrichtung abzustimmen. Dazu sollen zwei Teamdiskussionen zu den Inhalten der schriftlichen Befragung, zur ressourcensparenden Auswertung und zur Implementierung in den Praxisalltag geführt werden. An ihnen nimmt die Autorin nicht nur aktiv teil, sie übernimmt auch die Rolle der Moderatorin. Im weiteren Verlauf wird der vorläufige Fragebogen, im Folgenden auch Pre-Fragebogen genannt, einem Pretest unterzogen. Der Pretest wird mit vier verschiedenen Personen durchgeführt. Er dient dazu, herauszufinden, ob und an welchen Stellen die Bearbeitung des Pre-Fragebogens für die Befragten problematisch ist. Beispielsweise auf Grund von Verständnisschwierigkeiten. Genutzt wird hierfür die Methode der „retrospektiven Befragung“ (vgl. Jonkisz u. a., 2012, S. 70). Vor der Implementierung in den Praxisalltag wird der Fragebogen nochmals gewissenhaft überarbeitet. Um einen größtmöglichen Nutzen aus dem Fragebogen zu ziehen, soll er in verschiedenen, noch

nicht konkretisierten, Abständen eingesetzt werden. Die Daten, die aus der schriftlichen Befragung hervorgehen, werden sowohl qualitativer, als auch quantitativer Natur sein. Die, mit geringen personellen und finanziellen Mitteln, gewonnenen Meinungen bzw. Daten sollen dem Team helfen, die Leistungserbringung in der Logopädiepraxis optimieren zu können.

2.1 Fragebogenentwicklung

Die Entwicklung des Fragebogens zur Patientenzufriedenheit in der logopädischen Praxis beinhaltet verschiedene Arbeitsschritte, die im Folgenden detailliert, methodisch dargestellt werden.

2.1.1 Teamdiskussionen

Diskussionen gehören zu den qualitativen Forschungsmethoden und werden von mindestens zwei Menschen geführt (vgl. Kühn u. Koschel, 2011, S. 9). Diese können sich zwar in Gesichtspunkten wie der sozialen Abstammung und/oder dem Lebensalter unterscheiden, haben jedoch einen gleichen Beweggrund (vgl. ebd.). Bei der Gruppendiskussion handelt es sich um „... eine Erhebungsmethode, die Daten durch die Interaktionen der Gruppenmitglieder gewinnt, wobei die Thematik durch das Interesse des Forschers bestimmt wird“ (Lamnek, 2005, S. 27).

Wie aus der bisherigen Erläuterung hervorgeht, sind nur zwei Teilnehmer in der Diskussion zu verzeichnen. Da es sich in diesem Fall um eine sehr kleine Gruppe handelt, verwendet die Verfasserin im weiteren Verlauf der Arbeit nicht den Ausdruck „Gruppendiskussion“, sondern die Bezeichnung „Teamdiskussion“. Insgesamt sollen im Entwicklungsprozess des Fragebogens zwei Teamdiskussionen stattfinden. Die Teilnehmer, d.h. die Praxisleiterin und die Verfasserin, trennen auf der einen Seite ca. 25 Jahre Altersunterschied. Auf der anderen Seite verbindet sie jedoch der gleiche Beweggrund, nämlich die Optimierung der Patientenbetreuung. Anders ausgedrückt verfolgen die Diskussionsteilnehmer dasselbe Ziel. Diese Methodik soll die optimale Adaption des Fragebogens an die betreffende Einrichtung gewährleisten.

2.1.1.1 Ziel und Begründung

1. Teamdiskussion

Bei der Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung der Patientenzufriedenheit in der logopädischen Praxis handelt es sich um ein multidimensionales Forschungsgebiet, das bisher nicht ausreichend untersucht wurde (s. Kapitel „1.2.4 Patientenzufriedenheit“ ab S. 27 u. „3.2 Existierende Fragebögen zur Erfassung der Patientenzufriedenheit“ ab S. 64).

Um trotz der Forschungslücke möglichst optimal arbeiten zu können, wird die erste Teamdiskussion als eine Art „Vorstudie“ (Kühn u. Koschel, 2011, S. 31) eingesetzt. Hier sollen signifikante Faktoren, die später in der schriftlichen Befragung ermittelt werden, erarbeitet und priorisiert werden (vgl. ebd.). Die Diskussion ebnet somit den Weg zum eigentlichen Projekt, dem Fragebogen. Des Weiteren sollen mögliche Themenbereiche für den zu entwickelnden Fragebogen gemeinsam mit der Praxisleiterin generiert werden. Auch Formen der Auswertung sollen bereits besprochen werden, da von dieser die Art der Fragen (offen/geschlossen) abhängt. Sind diese Fragen geklärt, können erste konkrete Items entwickelt werden.

Innerhalb der Gruppendiskussion liegt der Fokus auf dem Inhalt des Fragebogens. Das Zusammenwirken der Gruppe und das Erkennen thematischer Verknüpfungen bleiben unberücksichtigt. (vgl. Kühn u. Koschel, 2011, S. 31).

2. Teamdiskussion

Die zweite Teamdiskussion wird ebenfalls als eine Art „Vorstudie“ (Kühn u. Koschel, 2011, S. 31) eingesetzt. Dieses Mal erfüllt sie jedoch den Zweck einer ergänzenden Pretestung (vgl. ebd.). Der von der Verfasserin entwickelte Pre-Fragebogen wird der Praxisleiterin zunächst vorgestellt. Es folgt eine detaillierte Auseinandersetzung mit dem vorläufigen Datenerhebungsinstrument, in der die enthaltenen Items auf ihre Relevanz und Verständlichkeit hin überprüft werden. Weiter wird diskutiert, ob alle wichtigen Aspekte im Rahmen der schriftlichen Befragung enthalten sind. Ggf. müssen Items entfernt und/oder ergänzt werden. Dieses Vorgehen entspricht dem „Testen, Revidieren und Umsetzen“ (Krueger u. Casey, 2009, S. 8ff). Der Pre-Fragebogen wird von den Teilnehmern der Teamdiskussion auf seine „Akzeptanz, Attraktivität und Verständlichkeit“ (ebd.) hin getestet. Die Diskussion dient so der „Feinabstimmung“ und Optimierung des Erhebungsinstruments (Krueger u. Casey, 2009, S. 8ff). Laut Kühn und Koschel (2011, S. 34) kann das Vorgehen auch als „Oberbegriff für (den) Einsatzbereich .. (einer) Gruppendiskussion“ angesehen werden.

Zusätzlich werden Möglichkeiten der Datenauswertung und Implementierung des Fragebogens in den Alltag der logopädischen Praxis besprochen. Durch die Auswertung der erhobenen Daten sind Rückschlüsse auf problematische Arbeitsabläufe möglich. Mittels

des QM und des damit verbundenen, kontinuierlichen Kreislaufs können Ziele gesetzt und die Arbeitsabläufe nach und nach optimiert werden. In regelmäßigen Abständen wird die schriftliche Befragung erneut durchgeführt, sodass kontrolliert werden kann, ob die individuellen Qualitätsziele erreicht worden sind.

2.1.1.2 Planung und Durchführung

Das Gruppendiskussionsverfahren wird normalerweise von einem Moderator geleitet, der kurze Anregungen einwirft, sobald die aktive Mitarbeit bzw. „Gesprächsbereitschaft“ der Diskussionsteilnehmer nachlässt (vgl. Bortz u. Döring, 2006, S. 242f). Flick (2016, S. 254) ist ähnlicher Meinung und zählt das Einwerfen von Fragen und die Entscheidung über detaillierte Auseinandersetzungen mit gewissen, in der Diskussion aufkommenden, Themengebieten zu den Aufgaben der „thematischen Steuerung“. Weiter ist darauf zu achten, dass der Moderator in den Kontext der Gruppensituation passt (vgl. Kühn u. Koschel, S. 75f). Da das Team der Praxis für Logopädie nur aus der Praxisleiterin und der Autorin besteht, ist es jedoch notwendig, dass beide aktiv an der Diskussion teilnehmen. Das bedeutet für das Vorhaben der Verfasserin wiederum, dass sie zwei Rollen gleichzeitig einnehmen muss. Ein externer Moderator steht im Rahmen ihrer Bachelorarbeit nicht zur Verfügung.

Weiter ist erwähnenswert, dass es sich um eine „natürliche Gruppe“ handelt, da die Beteiligten auch außerhalb der Teamdiskussion eine (Arbeits-)Gruppe bilden (vgl. Kühn u. Koschel, 2011, S. 76).

Es wird an dieser Stelle auf Ton- und Videoaufzeichnungen verzichtet, da weder die Gruppendynamik, noch die thematischen Zusammenhänge im Vordergrund stehen. Bei diesen Teamdiskussionen steht die gemeinsame Ideenentwicklung, sprich der Gesprächsinhalt, im Mittelpunkt.

1. Teamdiskussion

Im Folgenden werden, in Anlehnung an Kühn und Koschel (2011, S. 62), wichtige Eckdaten der „praktischen Durchführung“ der ersten Teamdiskussion erläutert.

Die Autorin plant, die Gruppendiskussion am Arbeitsplatz, genauer im Teamraum der Praxis für Logopädie, zu führen. Der Teamraum ist ein neutraler und für die Beteiligten vertrauter Ort. Dort kann die Diskussionsrunde ungestört stattfinden. Voraussetzung ist allerdings, dass die Teamdiskussion außerhalb der Arbeitszeit stattfindet, sodass kein Betrieb in der Einrichtung ist. Auf Grund der geringen Teilnehmerzahl setzt die Verfasserin eine Dauer von 30 bis 60 Minuten für die Gesprächssituation an. Es handelt sich bei dem Zeitraum um eine wage und vorerst unverbindliche Angabe, da die Autorin den Ver-

lauf der Teamdiskussion nicht vorhersehen kann. Ein eventueller Ideenfluss soll nicht abrupt abgebrochen werden, weil der zeitliche Rahmen zu knapp gefasst war.

Die erste Diskussion mit der Praxisinhaberin soll vor allem durch die Methode des Brainstormings gekennzeichnet sein. Gemeinsam soll eine erste „Bestandsaufnahme“ gemacht werden, die alle Komponenten des Themas „Patientenzufriedenheit in der logopädischen Praxis“ enthält. Optimaler Weise findet während des Brainstormings eine gegenseitige Anregung der Teilnehmer statt, durch die viele ad hoc Einfälle und Impulse entstehen. (vgl. Bortz u. Döring, 2006, S. 253f).

Weiter soll der Verlauf der Teamdiskussion protokolliert werden (vgl. Kühn u. Koschel, 2011, S. 62). Dies geschieht in Form einer großen Mind-Map, die für alle Teilnehmer während der Diskussion sichtbar dargestellt und im Verlauf erweitert wird. Mind-Maps gehören zu den Kreativitäts- und Visualisierungstechniken und führen nachweislich „zu einer signifikanten Zunahme der Quantität, Variabilität und Originalität der generierten Ideen“ (vgl. Malycha, 2015, S. 15). Mögliche Formen der Auswertung und erste konkrete Items werden zusätzlich stichpunktartig notiert.

2. Teamdiskussion

Die Eckdaten der „praktischen Durchführung“ der zweiten Teamdiskussion ähneln denen des ersten Gesprächs. Geplant ist, die Diskussion im Teamraum der Logopädiepraxis stattfinden zu lassen. Es handelt sich um einen Ort, der den Teilnehmern bekannt ist und der sich in der ersten Teamdiskussion als geeignet herausgestellt hat. Die zweite Diskussion wird an einem Sonntag geführt. Da die Praxis sonntags generell geschlossen ist, sind keine Störungen bzw. Unterbrechungen durch Patienten zu erwarten. Für die Teamdiskussion selbst setzt die Verfasserin eine Gesprächsdauer von 60 bis 90 Minuten an. Die Erfahrung hat gezeigt, dass trotz der geringen Teilnehmerzahl ein hoher Diskussionsbedarf besteht. Diskutiert werden sollen folgende Punkte:

- die Aufnahme der Kategorie „Therapeutin“ in den Fragebogen
- Pre-Fragebogen: einleitende Erklärung, Items, Antwortmöglichkeiten
- Auswertung und Implementierung des Fragebogens:

Vorstellung der Auswertungs- und Implementierungsmöglichkeiten (vgl. Kapitel „2.2 Auswertungs- und Implementierungsmöglichkeiten“, ab Seite 48), Festlegung der Befragungszeitpunkte, Rückgabe, Ergebnisbesprechung, Problemlösung

Die Ergebnisse werden in Form eines stichpunktartigen Protokolls festgehalten. (vgl. Kühn u. Koschel, 2011, S. 62).

2.1.1.3 Auswertung

1. Teamdiskussion

Die in der ersten Teamdiskussion erstellte Mind-Map wird von der Autorin ausgewertet. Dazu werden die für die Patientenzufriedenheit irrelevanten Aspekte zuerst ausgegliedert. Der nächste Schritt beinhaltet die Einteilung der gesammelten Einfälle in thematisch ähnliche Bereiche. Nach der Gliederung könnte deutlich werden, dass wesentliche, in der Literatur genannte, Bereiche außer Acht gelassen worden sind. Die Aufgabe der Verfasserin ist es, weitere Ideen für mögliche Fragen in diesem Gebiet zu generieren. Diese werden in der zweiten Teamdiskussion mit der Praxisleiterin abgestimmt. (Bortz u. Döring, 2006, S. 253f).

2. Teamdiskussion

Das stichpunktartige Protokoll, das in der zweiten Teamdiskussion entstanden ist, wird im weiteren Projektverlauf ebenfalls ausgewertet. Indem wichtige Aspekte ergänzt bzw. unpassende Inhalte entfernt und/oder umformuliert werden, wird die erste Fassung des Pre-Fragebogens angepasst und optimiert. Nach eventuellen Korrekturen kann der eigentliche Pretest mit der zweiten Fassung des Pre-Fragebogens starten. (vgl. „3.1.2 Auswertung der 2. Teamdiskussion“ ab Seite 58).

Festgelegt wird außerdem, wie die Auswertung und Implementierung der schriftlichen Befragung zukünftig ablaufen soll (vgl. „3.1.2.1 Geplante Auswertung und Implementierung“ ab Seite 61).

2.1.2 Existierende Fragebögen zur Erfassung der Patientenzufriedenheit

Für die Entwicklung des Fragebogens zur Patientenzufriedenheit ist es von Bedeutung zu sehen, welche Datenerhebungsinstrumente bereits veröffentlicht worden sind. So wird verhindert, dass wichtige Themen in der zu entwickelnden, schriftlichen Befragung fehlen. Existierende Fragebögen zur Patientenzufriedenheit können der Verfasserin demnach als Orientierung dienen. Aus diesen Gründen werden im folgenden Kapitel die Recherche und dessen Auswertung zu bereits existierenden Fragebögen zur Erfassung der Patientenzufriedenheit zunächst methodisch dargestellt.

2.1.2.1 Recherche

Die Verfasserin möchte sich, auf Basis einer systematischen Recherche, einen adäquaten Überblick über bereits vorhandene Fragebögen zur Erfassung der Patientenzufriedenheit in deutschen Heilmittelpraxen verschaffen. Dazu wurden zunächst folgende Suchbegriffe generiert:

Thematische Schlagwörter:

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| → Fragebogen | → Patientenzufriedenheit |
| → schriftliche Befragung | → Patient |
| → Erfassung | → Zufriedenheit |

Schlagwörter zur Einordnung in den Kontext:

- | | |
|-----------------------|-----------------------|
| → Heilmittelerbringer | → Praxis |
| → Heilmittel | → logopädisch |
| → Therapie | → Logopädie |
| → Beruf | → physiotherapeutisch |
| → Heilmittelberuf | → Physiotherapie |
| → Therapieberuf | → ergotherapeutisch |
| → ambulant | → Ergotherapie |
| → Versorgung | |

Zur Gewinnung eines ersten Eindrucks fand, über die Suchmaschine „Google scholar“, eine orientierende Recherche im öffentlichen Internet statt. Im weiteren Verlauf wurden die generierten Begriffe in verschiedensten Konstellationen in die Suchmaschine der Hochschule Osnabrück, scientific information osnabrück (scinos), eingesetzt. Durchsucht wurden nicht nur die Disziplinen Gesundheit und Medizin, Gesundheitswesen, Sozialwissenschaften und Geisteswissenschaften, sondern auch Pädagogik, Sprache und Sprachwissenschaften.

Mittels erweiterter Suche wurden sowohl die Kataloge der Hochschul- und Universitätsbibliothek Osnabrück, als auch die Elektronische Zeitschriftenbibliothek (EZB) der Hochschule Osnabrück und der Katalog des Gemeinsamen Bibliotheksverbundes (GVK) nach Treffern durchsucht. Diese sollten sich nicht auf einen gewissen Zeitraum beschränken und in Form von Büchern, Zeitschriften/Serien, Online-Zeitschriften, eBooks/Online-Ressourcen, Aufsätzen und Manuskripten vorhanden sein. Nach gleichem Prinzip wurde der Datenbankprovider DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information) von der Verfasserin nach Fragebögen zur Erfassung der Patientenzufriedenheit durchsucht. Bei der Recherche wurden die Schlagwörter mit Trunkierungen versehen und mit-

tels der Bool'schen Operatoren sinnvoll miteinander kombiniert. Das bedeutet, dass Synonyme mit „OR“ verbunden worden sind, bevor sie im weiteren Suchverlauf, mit der Verknüpfung „AND“, miteinander in Beziehung gesetzt wurden.

Es handelt sich bei schriftlichen Befragungen zur Erfassung der Patientenzufriedenheit um ein Thema, das für alle Heilmittelerbringer eine wichtige Rolle spielen sollte. Aus diesem Grund wurden auch die Homepages der jeweiligen Bundesverbände und entsprechende Fachzeitschriften durchsucht:

Logopädie:

- Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl)
- Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten (dbs)
- Forum Logopädie

Physiotherapie:

- Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) E.V.
- Physiopraxis
- Portal für Physiotherapeuten (PT)
- Physioscience
- Manuelle Therapie

Ergotherapie:

- Deutscher Verband für Ergotherapeuten e.V. (DVE)
- Ergotherapie und Rehabilitation
- Ergopraxis

Zu erwähnen ist außerdem, dass die Autorin die Recherche gezielt auf den deutschsprachigen Raum ausgerichtet hat, da das Konstrukt der Patientenzufriedenheit und dessen Erfassung durch die nationalen Gesundheitssysteme geprägt wird. Auf Grund dessen wurden keine englischen Suchbegriffe generiert und englischsprachige Datenbankprovider und Datenbanken außer Acht gelassen.

Die Ergebnisse dieser Recherche sind unter „3.2.1 Recherche“ ab Seite 65 zu finden.

2.1.2.2 Auswertung

Sollte die Verfasserin während ihrer Recherche tatsächlich auf bereits bestehende Fragebögen zur Erfassung der Patientenzufriedenheit stoßen, wird sie diese zunächst sammeln und sichten. Optimal wären Ergebnisse für den Einsatzbereich der ambulanten logopädischen Praxis.

Evtl. werden Treffer erzielt, die ebenfalls im Rahmen wissenschaftlicher Arbeiten entstanden sind. In diesem Fall ist bei der Sichtung der Arbeiten auf Nennungen weiterer Fragebögen zur Erfassung der Patientenzufriedenheit zu achten. Wird auf andere Datenerhebungsmethoden zur Patientenzufriedenheit im Heilmittelbereich hingewiesen, wird gezielt nach ihnen recherchiert. Sortiert werden soll im ersten Schritt nach schriftlichen Befragungen innerhalb der stationären und der ambulanten Versorgung. Weiter soll für beide Gruppen nach Möglichkeit eine Gliederung in die einzelnen medizinischen Einsatz- bzw. Behandlungsbereiche stattfinden. Mögliche Unterteilungen könnten haus- und/oder fachärztliche Behandlungen, Podologie, Logopädie, Ergo-, Physio- und Psychotherapie sein. Der dritte Schritt im Rahmen der Auswertung existierender Fragebögen zur Erfassung der Patientenzufriedenheit besteht darin, sich näher mit dem eigentlichen Aufbau der Exemplare auseinanderzusetzen. Besonders wichtig sind hier die einleitende Erklärung zur Datenerhebungsmethode, die Art der Fragestellung (offen oder geschlossen), die Form der Antwortmöglichkeiten und der Umfang des gesamten Fragebogens. Erst im vierten und letzten Schritt werden die Fragen im Einzelnen betrachtet und entschieden, ob sie konstruktiv in den eigenen Fragebogen integriert werden können.

2.1.3 Pre-Fragebogen

Im Folgenden werden methodische Kriterien dargestellt, die bei der Erstellung des Pre-Fragebogens berücksichtigt worden sind.

Die Gliederung, Kategorien und Items des Pre-Fragebogens ergeben sich aus den Absprachen der beiden Teamdiskussionen. Genauer orientiert sich die Verfasserin hierbei an der gemeinsam erstellten Mind-Map und den Protokollen der Teamdiskussionen (vgl. Abbildungen 4 bis 7 im Anhang auf den Seiten 109 bis 112, sowie „3.1 Auswertung der Teamdiskussionen“ ab S. 55).

Auf eine Instruktion kann nicht verzichtet werden. Sie sollte Ziele und Absichten aufzeigen und die Handhabung des vorliegenden Datenerhebungsinstruments erläutern. Beim Verfassen der einleitenden Erklärung sollte auf verständliche und eindeutige Sätze geachtet werden. Wichtig ist, ihre Tauglichkeit später mittels eines Pretests zu überprüfen. (vgl. Bortz u. Döring, 2006, S. 256).

Bei der Wahl der Items hat sich die Verfasserin gegen Fragen und für Behauptungen entschieden. Diese Tendenz ist bereits in der ersten Teamdiskussion deutlich geworden (vgl. „3.1 Auswertung der Teamdiskussionen“ ab S. 55). Statements geben eine eindeutiger und detailliertere Position oder Meinung preis (vgl. Bortz u. Döring, 2006, S. 254). Im Gegensatz zu Fragen sind sie meist direkter (vgl. ebd.). Keine Behauptung ist vollkommen „neutral“ formuliert, was sich jedoch nicht vermeiden lässt (vgl. Bortz u. Döring, 2006, S. 255). Um die Items der schriftlichen Befragung methodisch und technisch möglichst korrekt zu formulieren, wurden die „10 Gebote der Frageformulierung“ nach Porst (2000) berücksichtigt:

1. *Du sollst einfache, unzweideutige Begriffe verwenden, die von allen Befragten in gleicher Weise verstanden werden!*
2. *Du sollst lange und komplexe Fragen vermeiden!*
3. *Du sollst hypothetische Fragen vermeiden!*
4. *Du sollst doppelte Stimuli und Verneinungen vermeiden!*
5. *Du sollst Unterstellungen und suggestive Fragen vermeiden!*
6. *Du sollst Fragen vermeiden, die auf Informationen abzielen, über die viele Befragte mutmaßlich nicht verfügen!*
7. *Du sollst Fragen mit eindeutigem zeitlichen Bezug vermeiden!*
8. *Du sollst Antwortkategorien verwenden, die erschöpfend und disjunkt (überschneidungsfrei) sind!*
9. *Du sollst sicherstellen, daß [sic] der Kontext einer Frage sich nicht auf deren Beantwortung auswirkt!*
10. *Du sollst unklare Begriffe definieren!“*

Da nicht alle zehn Punkte selbsterklärend sind, wird im Folgenden auf die Formulierungsgebote drei, vier, fünf und acht näher eingegangen. Im *dritten Punkt* werden hypothetische Fragen thematisiert. Es handelt sich dabei um Items, die vom Befragten verlangen, sich in bestimmte Situationen hineinzusetzen. Dies gelingt bei weitem nicht jedem. „Doppelte Stimuli“, erwähnt im *vierten Gebot* nach Porst, kommen oftmals in nicht eindeutigen Fragen vor. Dabei sollen verschiedene Komponenten in einer Frage beurteilt werden. Ein Beispiel dafür bietet Frage vier des Patientenfragebogens (Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V., dbf, 2012), der in „3.2.2 Auswertung“ ab Seite 67 näher erläutert wird. *Punkt fünf* bietet ebenfalls Anlass zur näheren Erklärung. Dem Befragten wird häufig eine bestimmte Ansicht oder Haltung gegenüber einem Sachverhalt „unterstellt“, ohne diese zuvor hinterfragt zu haben. Suggestiv Fragen hingegen beinhalten oft direkte Mehrheitsmeinungen. Hier kann es vorkommen, dass der Befragte der Mehrheit zwar nicht zustimmt, sich aber nicht traut, offen zu widersprechen. In *Gebot acht* nach Porst stehen die Antwortkategorien im Vordergrund. Sie werden als „erschöpfend“ angesehen,

wenn jede Person eine korrekte Angabe machen kann (Porst, 2000). Dementsprechend ist eine Antwortkategorie „nicht erschöpfend“, wenn keine der möglichen Antworten auf die Situation des Befragten passt (ebd.). Porst (2000) weist darauf hin, dass die aufgeführten Gebote „Interpretationsspielraum“ lassen. (vgl. Porst, 2000).

Allein gegen Ende der Befragung soll eine freie Äußerung von Kritik und/oder Wünschen möglich sein. Zum einen erleichtert diese Vorgehensweise die Auswertung, zum anderen wird die freie Meinungsäußerung nicht komplett übergangen.

Vorgestellt wird das Ergebnis des Pre-Fragebogens in Kapitel „3.3 Pre-Fragebogen“ ab Seite 76 der Bachelorarbeit.

2.1.4 Pretest

In der Literatur gelten Pretests bzw. deren Realisierung als „unabdingbare Voraussetzung“ für die erfolgreiche Entwicklung eines Fragebogens (Porst, 2014, S. 190). Der entwickelte Pre-Fragebogen ist eine Art „Rohentwurf“ (ebd.), der vor der eigentlichen Patientenbefragung einem Testlauf unterzogen werden muss.

Den einen, optimalen Pretest gibt es nicht (vgl. Porst, 2014, S. 190f). Es existieren eine Reihe verschiedener Pretests, die nicht alle das gleiche Ziel verfolgen (vgl. ebd.). Nach Porst (2014, S. 191) können mit ihnen aber folgende Kriterien untersucht werden:

→ *Reihenfolge der Items*

→ *Probleme mit der Aufgabenstellung*

→ *technische Probleme*

→ *Interesse und Aufmerksamkeit der Befragten bei einzelnen Items*

→ *Verständlichkeit von Items*

→ *Antwortfindung*

→ *Wohlbefinden der Befragten*

→ *Kontexteffekte*

→ *Häufigkeitsverteilungen*

→ *Durchführungsdauer des Erhebungsinstruments*

Kürzer gefasst werden nicht nur technische Probleme im Rahmen des Testlaufs aufgedeckt. Es kann mit Hilfe von Pretests kontrolliert werden, ob die verwendeten Items relevant und sinnvoll sind und sie den Konstruktionsansprüchen entsprechen. Für den Befragten missverständliche Items können erkannt und entsprechend modifiziert werden. Gleiches gilt für das Antwortformat. (vgl. Jonkisz u. a., 2012, S. 70f).

Porst (2014, S. 191ff) führt in seinem Werk den „Standardbeobachtungspretest“ und „kognitive Pretesttechniken“ auf und bezeichnet sie als „große Pretest-Gruppen“.

Der *Standardbeobachtungspretest* wird in der Literatur auch „klassischer Pretest“ genannt (vgl. Porst, 2014, S. 191ff). Er sollte mit 20 bis 50 Testpersonen durchgeführt werden, die erst *nach* der schriftlichen Befragung über ihre Teilnahme an dem Pretest informiert werden sollen (vgl. ebd.). Der Standardbeobachtungspretest ist für den Einsatz in der Bachelorarbeit jedoch aus mehreren Gründen ungeeignet. Bei einer Stichprobe von 20 bis 50 Testpersonen ist zum einen der zeitliche Aufwand sehr hoch. Zum anderen kann es durch den Aufklärungszeitpunkt der Testpersonen sowohl auf ethischer, als auch auf sozialer, menschlicher Ebene zu Problemen kommen. Weiter handelt es sich um ein passives Verfahren (vgl. Porst, 2014, S. 191ff). D. h. die spätere Problemanalyse basiert allein auf den Beobachtungen der Testpersonen bzw. den Interpretationen des Testleiters. Das Verständnis der Items kann hier, auch von ausgebildeten Personen, nur unsystematisch und oberflächlich erfasst werden (vgl. Porst, 2014, S. 191ff).

Bevor ein Mensch auf eine Äußerung antwortet, laufen bei ihm im Gehirn unbewusst verschiedenste kognitive Prozesse ab. Diese können mittels *kognitiver Techniken* in einem Interview identifiziert und analysiert werden. Ziel der Interviews ist es, herauszufinden, wie die befragte Person *einzelne Items* der schriftlichen Befragung, inklusive der darin enthaltenen Begriffe, auffasst und interpretiert. Wie die zur Beantwortung des Items notwendigen Informationen aus dem Gedächtnis abgerufen werden, spielt ebenfalls eine wichtige Rolle. Außerdem kann mit dieser Technik in Erfahrung gebracht werden, wie die abgerufenen Informationen der Antwortfindung und der Zuordnung zur vorgegebenen Antwortmöglichkeit dienen. Zu den kognitiven Techniken zählen das „Nachfragen (Probing)“, die „Bewertung der Verlässlichkeit der Antwort (Confidence Rating)“, das „Paraphrasieren (Paraphrasing)“, „Sortiertechniken (Card Sorting)“ und die „Technik des lauteren Denkens (Think Aloud)“. (vgl. Prüfer u. Rexroth, 2005, S. 3ff).

Da es sich hierbei um viele verschiedene Techniken handelt, von denen keine auf den gesamten Fragebogen ausgerichtet ist, könnten sie nur ergänzend zu einer anderen Pretest-Methode eingesetzt werden.

Statt derer wählt die Verfasserin für ihr Projekt die Methode der *„retrospektiven Befragung“* aus (vgl. Jonkisz u. a., 2012, S. 70f). Sie ist die „zeitlich effektivste Erprobungsmethode“ (ebd.). Die Befragung findet im Therapieraum der Praxis für Logopädie statt. Alternativ, bei Hausbesuch-Patienten, wird das Interview bei ihnen zu Hause durchgeführt. Der Befragte/Interviewte füllt den Pre-Fragebogen im Beisein der Verfasserin aus. Wichtig hierbei ist, dass kein Zeitdruck entsteht und die Durchführungsdauer des Fragebogens notiert wird (vgl. Jonkisz u. a., 2012, S. 70f). So kann am Ende der vier Pretests ein

Durchschnittswert ermittelt werden, der verdeutlicht, wie viel Zeit die Interviewten für die Beantwortung des Fragebogens benötigt haben (vgl. ebd.). Erst nachdem der Interviewte den Bogen ausgefüllt hat, stellt der Interviewer die Fragen nach problematischen Inhalten (vgl. Jonkisz u. a., 2012, S. 70f). Diese betreffen zunächst das Erhebungsinstrument im Allgemeinen:

- Wie beurteilen Sie den Umfang des Fragebogens?
- Wie beurteilen Sie die einleitende Erklärung?
 - Ist die einleitende Erklärung aus Ihrer Sicht verständlich?
 - Gab es Sätze, die Ihrer Meinung nach unklar formuliert waren?
 - Wird das Ziel der Befragung für Sie ausreichend thematisiert?
 - Wird ihrer Meinung nach genügend auf den Aufbau des Fragebogens eingegangen?
 - Ist Ihnen klar geworden, wie der Fragebogen zu bearbeiten ist?
 - Wird erwähnt, was nach der Bearbeitung mit dem Fragebogen zu tun ist?

Um eventuelle Erinnerungslücken der Testpersonen zu umgehen, wird jeder Themenbereich einzeln besprochen. Die Testperson bekommt die Aufforderung, sich jedes Item der Kategorie noch einmal einzeln anzuschauen. Daraufhin werden folgende Fragen gestellt:

- Wie beurteilen Sie die Aspekte/Inhalte der Aussagen?
 - Fehlt Ihnen in diesem Themenbereich ein wichtiger Aspekt?
 - Kommt Ihnen eine der Aussagen überflüssig vor?
- Die Bearbeitung welcher Aussagen war mit Problemen verbunden?
(vgl. Jonkisz u. a., 2012, S. 70f)
 - Haben Sie den Eindruck, eine Aussage nicht verstanden zu haben?
 - Gab es Aussagen, bei denen Sie überlegen mussten, was gemeint ist?
 - Gab es Aussagen, bei denen Sie gestockt/gezögert haben?
- Wie beurteilen Sie die verschiedenen Antwortmöglichkeiten?
 - Finden Sie die Bezeichnung der Antwortmöglichkeiten passend?
 - Gab es Aussagen, bei denen Sie überlegen mussten, welche Antwort Sie ankreuzen?
 - Fehlt Ihnen bei einer der Aussagen eine weitere Antwortmöglichkeit?

Bei diesen Fragen handelt es sich um die Interessenschwerpunkte der Verfasserin. Je nach Antwort des Befragten werden vertiefende Fragen gestellt.

Für die Durchführung von vier Pretests werden entsprechend vier Probanden benötigt. Um am Pretest teilnehmen zu dürfen, muss ein Proband mehrere Voraussetzungen erfüllen. Diese Voraussetzungen sind mit den Ein- und Ausschlusskriterien des Fragebogens gleichzusetzen. Zunächst sollte der Pretest-Teilnehmer nach Möglichkeit selbst Patient in der Praxis für Logopädie sein. Dass im Rahmen des Pretests Personen befragt werden

sollten, die aus dem Kreis der Hauptzielgruppe des zu entwickelnden Fragebogens stammen, denkt auch Porst (2014, S. 202ff). Außerdem spielen die kognitiven Fähigkeiten der Person eine wichtige Rolle. Schwer betroffene Aphasiker und Kinder unter 16 Jahren sind kognitiv nicht auf dem gleichen Niveau wie Sprachgesunde bzw. Erwachsene. Sie werden bei der Befragung zunächst ausgeklammert, da sie viele Items des Pre-Fragebogens aus Sicht der Autorin nicht korrekt erfassen würden. Bei diesen Patientengruppen ist ein naher Angehöriger gefragt, der den Bogen stellvertretend ausfüllt. Es handelt sich bei Aphasikern und Kindern jedoch um einen großen Patientenanteil, der zukünftig ebenfalls die Chance bekommen sollte, den Fragebogen zur Patientenzufriedenheit selbstständig auszufüllen. Das von der Verfasserin festgesetzte Mindestalter zur Teilnahme an der schriftlichen Befragung liegt bei 16 Jahren. Weiter muss der Proband über ausreichend Kenntnisse der deutschen Sprache verfügen. Nur so kann er die einleitende Erklärung, die Items und die Fragen der Interviewerin verstehen, beantworten und seine Belange äußern.

Die Rekrutierung der Probanden erfolgt sowohl über die Praxisleitung, als auch über die Verfasserin selbst. Interessierte bekommen ein Informationsschreiben zum Forschungsprojekt und eine Einwilligungserklärung ausgehändigt (s. Abbildungen 2 u. 3 im Anhang auf S. 107f). Es enthält grobe Informationen zum Vorhaben, durch die sich ein Überblick verschafft werden kann. Hingewiesen wird in dem Schreiben u. a. auch auf den Verzicht von Ton- und Videoaufnahmen während des Pretests. Die Verfasserin hat sich gegen Aufnahmen entschieden, da diese zwar eine Arbeitserleichterung darstellen würden, bei retrospektiven Befragungen aber nicht zwingend notwendig sind. Eine Ton- oder Videoaufzeichnung des Pretests könnte interessierte Probanden sogar abschrecken und sich somit nachteilig auf das Projekt auswirken. Weiter werden die möglichen Probanden über die Anonymisierung der mittels des Interviews gewonnenen Daten bzw. die Einhaltung des Datenschutzes informiert. Wichtig ist außerdem der deutliche Hinweis darauf, dass weder die generelle Ablehnung der Teilnahme noch ein Rücktritt an ihr Konsequenzen für den Probanden hat. Unterschreiben die möglichen Probanden die Einwilligungserklärung, erlauben sie der Verfasserin die Kontaktaufnahme bezüglich des Projekts.

Je nach Bereitschaft der Logopädie-Patienten besteht für die Verfasserin evtl. die Möglichkeit, sich aus dem „Pool der Interessierten“ vier Probanden aussuchen zu können. Da die schriftliche Befragung später in der logopädischen Praxis eingesetzt werden soll, handelt es sich um eine breit gefächerte, d.h. heterogene Zielgruppe. Befragungen, die sich an die Allgemeinheit richten, sollten von einem Querschnitt der Bevölkerung getestet werden (vgl. Porst, 2014, S. 202ff). Repräsentativ ist eine möglichst große Stichprobe, in der nicht nur „Personen unterschiedlichen Alters“, sondern auch „unterschiedlichen Geschlechts“ vertreten sind (ebd.). Auch die „formale Bildung“ (Porst, 2014, S. 202ff) der

Probanden muss berücksichtigt werden. Durch die Beurteilung von Menschen, die einen eher niedrigen und/oder hohen Bildungsstand haben werden laut Porst (2014, S. 202ff) am effektivsten Fehlerquellen und andere Schwierigkeiten aufgedeckt. Ein Grund dafür könnte sein, dass Menschen mit niedrigem Bildungsstand eher Verständnisprobleme aufweisen, während sich Personen mit hohem Bildungsstand zu viele Gedanken über die Wortwahl machen. Entsprechend würden diese Personen zu viel in die Items hineininterpretieren.

Die Aufgabe der Interviewerin ist es, die oben aufgeführten Fragen zu stellen und alle Antworten des jeweiligen Interviewten handschriftlich zu dokumentieren. Die vier Pretests werden im Verlauf an Hand der Mitschriften ausgewertet. Hierbei werden im getesteten Erhebungsinstrument nicht nur wichtige, fehlende Aspekte ergänzt, sondern auch überflüssige Inhalte entfernt und missverständliche Items umformuliert. Eine Überprüfung der Antwortstreuungen kann zusätzlich Aufschluss darüber geben, ob genügend Antworten zur Verfügung stehen und die Bezeichnungen derer differenziert genug sind. Nachdem entsprechende Korrekturen an der zweiten Fassung des Pre-Fragebogens vorgenommen worden sind, liegt das Arbeitsergebnis dieser Bachelorarbeit vor: die definitive Fassung des Fragebogens zur systematischen und kontinuierlichen Erfassung der Patientenzufriedenheit in der logopädischen Praxis.

2.2 Auswertungs- und Implementierungsmöglichkeiten

In diesem Kapitel der Bachelorarbeit werden verschiedene Auswertungs- und Implementierungsmöglichkeiten von Fragebögen exemplarisch dargestellt.

Die aufgeführten Vorgehensweisen werden der Praxisleiterin in der zweiten Teamdiskussion präsentiert. Hier entscheiden die Diskussionsteilnehmer dann gemeinsam, für welche Form der Auswertung und Implementierung sie sich entscheiden. Die Ergebnisse werden in Kapitel „3.1.2.1 Geplante Auswertung und Implementierung“ ab Seite 61 vorgestellt.

2.2.1 Auswertung

Zunächst wird auf verschiedene Auswertungsformen von Fragebögen zur Erfassung der Patientenzufriedenheit eingegangen.

In welcher Form die gewonnenen Daten ausgewertet werden können, hängt zunächst von der Art der Items bzw. deren Beantwortung im (Pre-)Fragebogen ab (vgl. Raab-Steiner u. Benesch, 2012, S. 25f). Fragebögen zur Erfassung der Patientenzufriedenheit werden als

„Persönlichkeitstests“ (Jonkisz u. a., 2012, S. 30f) charakterisiert. Darunter fallen u. a. auch Instrumente zur Erfassung von „Eigenschaften, aktuellen Zuständen, Verhaltensweisen, Motivation, Interessen, Meinungen und Einstellungen“ (ebd.). Bei derartigen Datenerhebungsinstrumenten gibt es für die Befragten, in Hinblick auf die Antwort, kein „richtig oder falsch“ (vgl. Jonkisz u. a., 2012, S. 30f).

Wie dem (Pre-)Fragebogen zu entnehmen ist (s. Abb. 8 bis 12, S. 113ff im Anhang), handelt es sich hauptsächlich um ein quantitatives Antwortformat. Das bedeutet, die Befragten sollen sich an Hand von Skalen für eine der vorgegebenen Antworten entscheiden.

Um zu wissen, wie die gewonnenen quantitativen Daten später ausgewertet werden können, muss die Skalenart bzw. das Skalenniveau der verschiedenen Antwortmöglichkeiten ermittelt werden (vgl. Raab-Steiner u. Benesch, 2012, S. 25f). Allgemein werden vier Skalenarten bzw. -niveaus unterschieden, die in der folgenden Tabelle knapp vorgestellt werden:

Tabelle 3: Die vier Skalenarten

Skalenart/-niveau	Merkmale/Variablen	Beispiel
1. Nominalskala	→ unklare Anordnung → immer ungleich	Geschlecht
2. Ordinalskala	→ klare Anordnung (Ordnungsbeziehung) → unklarer Abstand	Schulnoten
3. Intervallskala	→ viele Ausprägungen → klare Anordnung → klarer Abstand → kein Nullpunkt → kein logisches Verhältnis	Temperatur
4. Verhältnisskala	→ viele Ausprägungen → klare Anordnung → klarer Abstand → Nullpunkt vorhanden → logisches Verhältnis → findet in sozialwissenschaftlicher Forschung selten Verwendung	Produktpreise

Quelle: in Anlehnung an Bortz u. Döring, 2006, S. 67ff; Raab-Steiner u. Benesch, 2012, S. 25-32

Es gilt: je mehr Merkmale/Variablen zutreffen, desto höher ist das Skalenniveau und desto genauer sind die Messungen.

Der eigene Fragebogen enthält zum einen Statements, die mit „ja“ oder „nein“ beantwortet werden sollen. Diese beiden möglichen Antworten besitzen keine eindeutige Rangordnung, unterscheiden sich jedoch voneinander, weshalb die Verfasserin sie als „nominalskaliert“ identifiziert (vgl. Raab-Steiner u. Benesch, 2012, S. 26f). Die Befragten können hier nur zwischen zwei verschiedenen Ausprägungen wählen („ja“/„nein“), was die Daten zusätzlich als „dichotom“ klassifiziert (vgl. Jonkisz u. a., 2012, S. 48). Das Skalenniveau nominal dichotomer Daten ist sehr gering, was bedeutet, dass im Auswertungsprozess nur eine Operation vorgenommen werden kann (vgl. Raab-Steiner u. Benesch, 2012, S. 26f). Es handelt sich hierbei lediglich um die Berechnung von Modalwerten (vgl. ebd.). Diese geben an, welcher Testwert am häufigsten in der Stichprobe vorkommt (vgl. Raab-Steiner u. Benesch, 2012, S. 102). Unterschieden werden hier zusätzlich uni- und bimodale Verteilungen (vgl. ebd.). Während bei unimodalen Verteilungen nur ein Testwert am häufigsten angekreuzt wurde, sind es bei bimodalen Verteilungen mehrere (vgl. Raab-Steiner u. Benesch, 2012 S. 102).

Zum anderen enthält der Fragebogen Aussagen, die mit „ich stimme völlig zu“, „ich stimme ziemlich zu“, „ich stimme wenig zu“ und „ich stimme gar nicht zu“ beantwortet werden sollen. Diese Skalenpunkte stehen in einer Ordnungsbeziehung zueinander (Bortz u. Döring, 2006, S. 67). Eine klare Anordnung der verschiedenen Wahlantworten ist zwar möglich, der Abstand zwischen ihnen ist jedoch nicht eindeutig definierbar (vgl. Raab-Steiner u. Benesch, 2012, S. 27f). Es liegen demnach ordinalskalierte Daten vor. Da außerdem mehr als zwei Ausprägungen vorhanden sind, diese aber abzählbar sind, werden sie als „diskret“ bezeichnet (vgl. Jonkisz u.a., 2012, S. 51). Das Skalenniveau ordinal diskreter Daten liegt höher als das der nominalskalierten (vgl. Tab. 3, S. 49), weshalb zwei Operationen vorgenommen werden können (vgl. Raab-Steiner u. Benesch, 2012, S. 27f). Es lassen sich Modalwerte und Mediane berechnen (ebd.). Der Median oder Zentralwert ist „der Punkt, der zwischen der oberen und unteren Hälfte der Verteilung liegt“ (Raab-Steiner u. Benesch, 2012, S. 101). Um ihn zu berechnen, müssen die Testwerte der Reihe nach aufgelistet werden (vgl. ebd.). Liegt eine ungerade Anzahl an Testwerten vor, ist die Zahl der Median, die sich in der Mitte der Reihe befindet (vgl. Raab-Steiner u. Benesch, 2012, S. 101). Bei einer geraden Testwertanzahl müssen die beiden Zahlen in der Mitte der Reihe addiert und die Summe durch zwei geteilt werden, um den Median zu ermitteln (vgl. ebd.).

Um die mit Hilfe des Fragebogens gewonnenen Daten quantitativ auszuwerten, müssen für jeden Befragten sogenannte „Testwerte“ ermittelt werden. Üblicherweise erfolgt die Testwertbestimmung durch die „Summenbildung über die Itemantworten hinweg“. Das bedeutet für die eigenen nominal- bzw. ordinalskalierten Daten, dass jeder möglichen Antwort ein Wert zwischen 0 und 1 bzw. 0 und 3 zugeordnet werden muss. Wichtig ist die korrekte

Verteilung der Werte. Der höchste Wert (1 bzw. 3) wird der Antwort zugewiesen, die am ehesten für das Merkmal spricht. Dementsprechend bekommt die Antwort, die am wenigsten dem Merkmal entspricht, den niedrigsten Wert (0) zugeordnet. (vgl. Kelava u. Moosbrugger, 2012, S. 91f).

Für die eigenen Antwortformate der dichotomen Aufgaben und der vierfach abgestuften, verbalen Ratingskala findet folgende Wertzuordnung/Kodierung statt:

Tabelle 4: Wertzuordnung/Kodierung der Antwortformate des Fragebogens

Skalierung: nominal		Skalierung: ordinal	
Antwortformat: dichotom		Antwortformat: diskret gestufte, verbale Ratingskala	
Ja	1	Ich stimme völlig zu	3
Nein	0	Ich stimme ziemlich zu	2
		Ich stimme wenig zu	1
		Ich stimme gar nicht zu	0

Quelle: eigene Darstellung

Bei dieser Form der Kodierung wird davon ausgegangen, dass jedes Item von dem Befragten beantwortet worden ist. Es besteht die Möglichkeit, Items, die nicht beantwortet worden sind, mit „keine Angabe“ (kA) oder einer markanten Zahl wie „999“ zu kodieren. Wird bei einem Item nicht ersichtlich, für welche Antwort sich der Befragte entschieden hat, wird es als nicht beantwortet angesehen und ebenso kodiert.

Darüber hinaus sollten vom Team „Qualitätskennzahlen“ festgelegt werden. Sie sind laut Literatur ein „wesentliches Instrument zur Messung und Beurteilung von betriebswirtschaftlichen Tatbeständen“ (vgl. Dellmann, 2002, S. 941). Spezifischer ausgedrückt handelt es sich bei Qualitätskennzahlen um Werte, die wichtige Sachlagen und Relationen in Hinblick auf die Qualität „quantitativ messbar wiedergeben“ (vgl. Moness, 2010, S. 71). In diesem Fall soll die Qualitätskennzahl als Indikator für Veränderungen der Arbeitsabläufe in der Praxis für Logopädie dienen (vgl. ebd.). Dies bedeutet, die Qualitätskennzahl ist die „Entscheidungsgrundlage zur Einleitung von Qualitätsverbesserungsmaßnahmen“ (Deutsche Gesellschaft für Qualität e.V., DGQ, 1990, S. 7). Wenn sich herausstellt, dass ein gewisser Prozentsatz von Befragten (er bildet hier die Qualitätskennzahl) mit einem Merkmal aus dem Fragebogen unzufrieden ist, sollte eine Problemlösung angestrebt bzw. Veränderung vorgenommen werden. Wie hoch die Qualitätskennzahl bzw. der Prozentsatz für jedes Item oder jeden Themenbereich angesetzt wird, sollte in der Teamdiskussion besprochen werden.

Der *Rücklauf* ist ein wichtiges „Qualitätskriterium der Patientenbefragung“ (vgl. Freise, 2003, S. 11f). Je höher der Rücklauf, desto repräsentativer sind die Ergebnisse der Umfrage (vgl. ebd.). Um diese Rücklaufquote zu berechnen, orientiert sich die Verfasserin an der Formel, die im Leitfaden zur Patientenbefragung Anklang findet (vgl. Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus, KTQ, 2000, S. 39):

$$\text{„Rücklaufquote“} = \frac{\text{„Anzahl der auswertbar zurückerhaltenen Fragebögen“}}{\text{„Anzahl der ausgegebenen Fragebögen“}}$$

Um die Variablen der Formel füllen zu können, müssen die Logopädinnen nicht nur über die Auswertbarkeit der zurückerhaltenen Bögen entscheiden, sondern auch dokumentieren, wie viele Datenerhebungsinstrumente sie insgesamt an die Patienten ausgegeben haben. Letzteres kann über eine einfache Strichliste abgewickelt werden. Um eine repräsentative Rückmeldung zu erhalten, sollten aus Sicht der Verfasserin mindestens 70% aller Patienten bzw. Angehörigen einen Fragebogen erhalten. Bei insgesamt 60 Patienten bzw. Angehörigen entspricht dies 42 Befragten. Es soll jedoch angestrebt werden, alle Patienten bzw. Angehörigen zu befragen. Wie viele der zurückerhaltenen Fragebögen ausgewertet werden können, wird mittels des Auswertungsprogramms errechnet. Die Diskussionsteilnehmerinnen gehen davon aus, dass nahezu alle Items beantwortet worden sind, wenn sich ein Befragter für das Ausfüllen des Fragebogens entscheidet und diesen auch zurückgibt. Wie hoch der Prozentsatz an unbeantworteten Items sein soll, damit ein Fragebogen als „nicht auswertbar“ gilt, kann ebenfalls an einer Qualitätskennzahl festgemacht werden. Um mit Hilfe der gewonnenen Daten eine allgemeine Aussage über die Zufriedenheit der Patienten der Praxis für Logopädie treffen zu können, wird in der Literatur eine Rücklaufquote von 70% gefordert (Landgrebe, 1992, S. 20). Es handelt sich hierbei um einen Mittelwert, der auf verschiedenen anderen Quellen basiert (vgl. ebd.). Ziel der Verfasserin ist es jedoch, in der Logopädiepraxis die Zufriedenheit von Patienten und deren Angehörigen in einem praktikablen Rahmen zu erfassen, um mit der Implementierung von QM zu beginnen. Es werden hierbei nicht die gleichen Anforderungen gestellt, wie an eine wissenschaftliche Datenerhebung. Aus diesen Gründen orientiert sich die Verfasserin an dem in der Fachliteratur aufgeführten Mindestwert, d.h. einem geforderten Rücklauf von 50-60% (vgl. Freise, 2003, S. 82f u. Zinn, 2010, S. 65).

Die *statistische Auswertung und grafische* Darstellung der Daten kann, je nach Bedarf und Datenmenge, computergestützt oder manuell, ggf. mit Taschenrechner, erfolgen (vgl. Bortz u. Döring, 2006, S. 76).

Das Computerprogramm „SPSS Statistics“ wurde über Jahre hinweg immer weiter entwickelt und wird mittlerweile von der Firma „International Business Machines Corporation“

(IBM) vertrieben (vgl. Raab-Steiner u. Benesch, 2012, S. 67). Es wird in der Literatur als „leistungsfähiges System zur statistischen Datenanalyse und zum Datenmanagement“ beschrieben (ebd.). Hat sich der Anwender in die Grundsätze der Statistik eingearbeitet, sollte die erfolgreiche Datenanalyse mittels SPSS Statistics daher kein Problem darstellen (vgl. Raab-Steiner u. Benesch, 2012, S. 67). Es ist allerdings zu erwähnen, dass es sich um ein auf Unternehmen ausgerichtetes Programm handelt, welches in der Basisversion 1.168€ pro Benutzer und Jahr kostet (vgl. IBM, 2017).

Ein weiteres Computerprogramm, das in der Lage ist Daten statistisch auszuwerten, ist das Tabellenkalkulationsprogramm „Excel“ von der Firma „Microsoft“ (vgl. Microsoft Corporation, 2017a). Die Funktionen in Excel sind zwar nicht so umfangreich wie in SPSS Statistics, reichen aber für die Berechnung von Häufigkeitsverteilungen und deren grafischer Darstellung aus (ebd.). Ein Vorteil ist, dass es im „Microsoft Office Paket“ enthalten ist und somit voraussichtlich nicht mehr angeschafft werden muss. Ist das Excel nicht vorhanden, kann es im Jahresabonnement für 105,60€ angeschafft werden (vgl. Microsoft Corporation, 2017b). Es handelt sich um das Paket „Office 364 Business“, in dem zusätzlich die Programme Outlook, Word, PowerPoint, OneNote, Publisher und OneDrive enthalten sind (ebd.).

Kurz gefasst handelt es sich bei Excel um die deutlich kostengünstigere Variante. Hinzu kommt, dass die Logopädinnen mit der Nutzung dieses Computerprogramms auf Grund ihrer Erfahrungen vermutlich besser zurechtkommen, als mit SPSS Statistics.

Nicht außer Acht zu lassen ist das letzte Item des Fragebogens. Die Befragten werden an dieser Stelle aufgefordert, Anmerkungen, Anregungen und/oder Wünsche stichpunktartig zu notieren. Es handelt sich um eine offene Itemformulierung, die den Befragten die Möglichkeit zur freien Meinungsäußerung bietet. Hier besteht die Gefahr, dass viele Teilnehmer, z.B. aus Angst vor Rechtschreibfehlern oder durch den erhöhten Aufwand, keine Notizen machen. Wurden Stichpunkte notiert, ist es aus Sicht der Verfasserin am sinnvollsten, sie separat zu sammeln. In der Teamsitzung, in der die Ergebnisse der Auswertung thematisiert werden, sollen die gesammelten Anmerkungen, Anregungen und/oder Wünsche mündlich diskutiert werden.

2.2.2 Implementierung

Weiter wird in diesem Kapitel auf verschiedene Aspekte der möglichen Implementierung des Fragebogens zur systematischen und kontinuierlichen Erfassung der Patientenzufriedenheit eingegangen.

Der *Zeitpunkt*, zu dem das Datenerhebungsinstrument an die Patienten/Angehörigen ausgegeben werden sollte, ist in der Literatur sehr umstritten (vgl. Zinn, 2010, S. 64). Zu den drei gängigsten Vorgehensweisen gehört die sogenannte „Inhousebefragung“ (ebd.). Bei dieser Vorgehensweise erhalten die zu befragenden Personen den Fragebogen „während der Leistungserbringung“ (Zinn, 2010, S. 64), sodass sie ihn nach der Beantwortung wieder mitbringen und in eine dafür vorgesehene Box einwerfen können. Diese Methode verspricht eine hohe Rücklaufquote (Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus, KTQ, 2000, S. 28). Die „postalische Befragung“ (vgl. Zinn, 2010, S. 64) sieht vor, den Befragten das Erhebungsinstrument per Post zukommen zu lassen. Die Rückgabe des ausgefüllten Bogens erfolgt ebenso (vgl. ebd.). Bei der dritten Variante handelt es sich um ein „Kombinationsverfahren“ (vgl. Zinn, 2010, S. 64). Das bedeutet, die Befragten erhalten den Bogen gegen Ende der Leistungserbringung und senden ihn auf dem Postweg zurück (vgl. ebd.).

Darüber hinaus soll die *Häufigkeit* der Datenerhebung festgelegt werden. Die Patienten und Angehörigen sollen nicht zu oft aufgefordert werden, an der schriftlichen Befragung teilzunehmen. Es könnte sein, dass sie durch zu kurze Befragungsabstände das Interesse verlieren und/oder sogar genervt reagieren und daher nicht mehr mitwirken. Hinzu kommt, dass die Implementierung für die Logopädiepraxis realistisch und praktikabel sein soll. Die Praxisleiterin und die Verfasserin müssen die ausgefüllten Fragebögen zeitnah auswerten. Ihre Aufgabe besteht außerdem darin, die Ergebnisse gemeinsam zu diskutieren und daraufhin Lösungen für mögliche Probleme zu finden. Aus den genannten Gründen wäre es denkbar, den Fragebogen zwei bis vier Mal pro Jahr an die Patienten und Angehörigen der Logopädiepraxis zu verteilen.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die *Rückgabe* der ausgefüllten Fragebögen. Diese soll für die Patienten und deren Angehörige in jedem Fall anonym und möglichst einfach sein. So kann zum einen gewährleistet werden, dass keine Rückschlüsse auf die Personen möglich sind und die Befragten keinerlei Konsequenzen befürchten müssen. Zum anderen kann eine für die Befragten schwierig gestaltete Rückgabe die Rücklaufquote ebenso negativ beeinflussen, wie Befragungen zu Ferienzeiten und Feiertagen. Je nachdem, für welchen Befragungszeitpunkt sich die Logopädinnen entscheiden, kann die schriftliche Befragung anonym in eine „Rückgabe-Box“ im Wartezimmer der Praxis geworfen oder auf dem Postweg zurückgesendet werden.

Die *Ergebnisse der Auswertung* der Fragebögen zur Erfassung der Patientenzufriedenheit in der logopädischen Praxis könnten zukünftig im Rahmen von Teamsitzungen besprochen und diskutiert werden. Ziel der jeweiligen Teamsitzung ist es, von den überwiegend quantitativen Auswertungsergebnissen ein Weg hin zur qualitativen Problemlösung zu schaffen und so die Patienten zufrieden zu stellen.

3 Ergebnisse

Die im Rahmen der Bachelorarbeit gewonnenen Ergebnisse werden in den folgenden Kapiteln detailliert dargelegt. Ermöglicht wurde dies durch die konkrete Umsetzung der im Methodenteil beschriebenen Vorgehensweise.

3.1 Auswertung der Teamdiskussionen

In Kapitel 3.1 wird zunächst die Auswertung der beiden Teamdiskussionen erläutert. Es handelt sich um sehr wichtige Ergebnisse, da sie die eigentliche Basis für das zu entwickelnde Datenerhebungsinstrument und dessen Auswertung und Implementierung in den Praxisalltag bilden.

3.1.1 Auswertung der 1. Teamdiskussion

Das stichpunktartige Protokoll und die gemeinsam erstellte Mind-Map der ersten Teamdiskussion befinden sich im Anhang auf Seite 109f (Abbildungen 4 u. 5).

Die Diskussion zwischen der Praxisleiterin und der Verfasserin fand am 28. Oktober 2016, von 12.30 Uhr bis 13.40 Uhr im Teamraum der betreffenden Einrichtung statt. Für das Gespräch war ein Zeitrahmen von 30 bis 60 Minuten vorgesehen. Diesen haben die Praxisleiterin und die Autorin mit einer Gesprächsdauer von 70 Minuten jedoch etwas überschritten. Dass der Ideenfluss während der Diskussion nicht auf Grund des zeitlichen Rahmens unterbrochen wird, war an dieser Stelle jedoch wichtiger als die Einhaltung des zuvor festgelegten Zeitraums.

Mit Hilfe der Brainstorming Methode sollten zunächst Themenbereiche ermittelt werden. Diese sollen der Autorin im weiteren Projektverlauf helfen, konkrete Items für den zu entwickelnden Fragebogen zu generieren. Der *Kern der Mind-Map* war daher der „Fragebogen zur Erfassung der Patientenzufriedenheit“.

Beginnen soll dieser mit einer „*einleitenden Erklärung*“, die den Befragten das Ziel der Datenerhebung vermittelt und das Frage-Antwort-Format erläutert. Um die Mind-Map möglichst übersichtlich zu gestalten, wurde die Erklärung zunächst außer Acht gelassen. Fest steht für die Mitarbeiterinnen der Praxis für Logopädie, dass die schriftliche Befragung anonym durchgeführt werden soll. Dennoch wären für die spätere Interpretation „*Angaben zur Person*“, wie beispielsweise das Alter, Geschlecht, Störungsbild und die Nennung der behandelnden Therapeutin, von Bedeutung. Vorstellbar sind in diesem Kontext nicht nur Unterschiede zwischen den Bewertungen von Männern und Frauen. Auch das Lebensalter hat Einfluss auf die Gewichtung verschiedener Kriterien der Patientenzufriedenheit (s. „1.2.4.1. Erfassung von Patientenzufriedenheit“ ab S. 31). Die Praxisleiterin und die Autorin haben sich zudem für die Benennung der behandelnden Therapeutin entschieden, um im Verlauf gezielter an ihren therapeutischen Leistungen arbeiten zu können.

Durch die Datenerhebungsmethode soll außerdem deutlich werden, wie die Patienten von der Praxis erfahren haben bzw. welche Art der „*Werbung*“ für die Patienten am wichtigsten ist. Interessant ist außerdem, welche Medien von den Patienten zur Informationsgewinnung und Kontaktaufnahme bevorzugt werden.

Weiter kristallisierte sich der Themenbereich „*Termine*“ heraus. Für die Patienten könnten hier die Erreichbarkeit der Therapeutinnen, die Terminvergabe und -einhaltung von Bedeutung sein.

Stichwörter wie Atmosphäre, (Farben, Beleuchtung, Wärme/Temperatur) und Ausstattung (Möblierung, Material, Getränke) wurden unter den Oberbegriff „*Raumgestaltung*“ gefasst. Bewertet werden sollen sowohl die beiden Therapieräume, als auch das Wartezimmer und die sanitären Anlagen.

Ein großer und sehr bedeutsamer Bereich ist die „*Therapie*“. Es handelt sich hierbei sozusagen um das Hauptthema des Fragebogens. Die Logopädinnen sehen beispielsweise die Therapievorbereitung der Logopädin als wichtiges Kriterium der Patientenzufriedenheit an. Beurteilt werden soll, ob die Therapeutin auf den Patienten/Angehörigen vorbereitet wirkt. Patienten bzw. dessen Angehörige sind zudem in der Lage, die in der Therapie verwendeten Materialien zu bewerten. Während Patienten die ausgewählten Materialien direkt erleben, erfahren Angehörige im Abschluss- bzw. Elterngespräch von den Inhalten. Mögliche Ansatzpunkte wären hier der Einsatz von Gesellschaftsspielen, Spielen zur Sprachförderung und PC-Spiele. Therapiesitzungen allein reichen meist nicht aus, um positive Veränderungen zu erzielen. Daher werden den Patienten regelmäßig Aufgaben mitgegeben, die sie zu Hause bearbeiten sollen. Die „*Hausaufgaben*“, genauer deren Verständlichkeit und Durchführung, sind auf Grund dessen ebenfalls ein wichtiges Kriterium für die Patientenzufriedenheit. Einen weiteren Aspekt stellt der Austausch innerhalb

des logopädischen Teams dar. Um eine optimale Behandlung sicherzustellen, besprechen die Praxisleiterin und die Autorin das weitere Vorgehen in einer Therapie oftmals gemeinsam. Dies geschieht anonym und ist vor allem für die Autorin eine große Hilfe, da sie erst seit einem Jahr als Logopädin tätig ist. Wie zufrieden die Patienten mit dieser Vorgehensweise sind, können die Patienten jedoch nur schwer beurteilen. Sie wissen nicht, in welchem Umfang der Austausch stattgefunden hat. Außerdem kann es sein, dass sich die Logopädinnen nicht über jeden Patienten austauschen. Diese Tatsache macht die Beantwortung eines solchen Items für viele Befragte äußerst schwierig. Aus diesen Gründen sollte dieses Kriterium nicht in die schriftliche Befragung aufgenommen werden. Ermittelt werden soll mit Hilfe des Fragebogens außerdem die Zufriedenheit der Patienten in Bezug auf das Behandlungsergebnis. Herausgearbeitet werden soll auch der Bedarf nach zusätzlichen Angeboten, sogenannten Igeleistungen.

In der *zweiten Teamdiskussion* sollte überlegt werden, ob die Kategorie „Therapeutin“ in die Mind-Map aufgenommen wird. Thematisiert werden könnte der Umgang mit Patienten und Angehörigen, die Unterstützung und Hilfsbereitschaft der Therapeutin.

Am Ende der schriftlichen Befragung sollen den Patienten ein bis drei offene Zusatzfragen gestellt werden, im Rahmen derer sie beispielsweise positive und negative Kritik, Wünsche und Anregungen frei äußern können. Daraus ergibt sich für den zu entwickelnden Fragebogen vorerst folgende *Gliederung*:

- Einleitende Erklärung
- Angaben zur Person
- Werbung
- Termine
- Raumgestaltung
- Therapie
- 1-3 offene Fragen

Darüber hinaus wurde in der ersten Teamdiskussion das *Frage- und Antwortformat* des zu entwickelnden Fragebogens besprochen. Zunächst schlug die Verfasserin vor, den Befragten direkte, geschlossene Fragen zu stellen. Diese sollten mittels einer numerischen Ratingskala beantwortet werden. Gekennzeichnet sein sollte die Skala durch ein unipolares Merkmal und die Anlehnung an das Schulnotensystem, bei dem Noten von eins bis sechs vergeben werden. Im Diskussionsverlauf stellte sich jedoch die damit verbundene Problematik heraus. Bei numerischen Ratingskalen besteht die Gefahr der Antwortverschiebung. Die Praxisleiterin war der Meinung, dass die Vergabe von Noten zu ungenau ist. Einige der Befragten würden die Abstände zwischen den einzelnen Noten wohlmöglich geringer bzw. weiter einschätzen, als die Praxisleiterin und die Autorin. Dadurch würden die Antworten nur schwer vergleichbar. Dieser Meinung sind auch Jon-

kisz u. a. (2012, S. 52). Aus diesem Grund hat sich das Praxisteam für feststehende Aussagen bzw. Statements entschieden, die mittels einer verbalen Ratingskala von den Befragten beurteilt werden sollen. Genauer soll es sich dabei um eine verbale unipolare Skala mit insgesamt vier Antwortmöglichkeiten handeln. Demnach soll keine neutrale Mittelkategorie vorhanden sein, wodurch das Phänomen der „Tendenz zur Mitte“ vermieden wird. Steht den Befragten eine ungerade Anzahl an Antwortmöglichkeiten zur Verfügung, wählen sie häufig die mittlere oder neutrale Antwort aus. Dadurch sind sie nicht gezwungen, eine tendenziell positive oder negative Entscheidung zu treffen. In der Literatur wird die neutrale Mittelkategorie auch als „Ausweichoption“ angesehen, die von den meisten Experten als nicht wünschenswert eingestuft wird (vgl. Jonkisz u. a., 2012, S. 53f).

Weiter haben die Teilnehmer der Teamdiskussion über mögliche *Optionen der Implementierung* des zu entwickelnden Fragebogens gesprochen. Es wurde in Erwägung gezogen, die Befragung gegen Ende der gesamten logopädischen Behandlung durchzuführen. Da viele Patienten allerdings über Jahre hinweg logopädisch betreut werden, scheint diese Art der Implementierung sinnlos. Zweckmäßiger ist es, die schriftliche Befragung von Patienten bzw. deren Angehörigen zur Patientenzufriedenheit in regelmäßigen Abständen durchzuführen. Beispielsweise könnte der Fragebogen in den letzten sieben Tagen eines Monats an alle Patienten verteilt werden. Diese Vorgehensweise lässt eine gebündelte Rücklaufquote vermuten, was wiederum eine höhere Anonymität verspricht. Die Logopädinnen erhalten so nicht nur mehr Feedback, sondern sind auch in der Lage, auf Kritik zu reagieren und entsprechende Maßnahmen zu treffen. Patienten, die über einen langen Zeitraum hinweg betreut werden, haben so die Möglichkeit, sowohl die positiven, als auch die negativen Entwicklungen zu beobachten und immer wieder erneut eine Rückmeldung zu geben.

Da der Fragebogen anonym ausgefüllt werden soll, wird im Wartezimmer der Praxis für Logopädie eine „*Rückgabe-Box*“ platziert, in die die Patienten und Angehörigen das Datenerhebungsinstrument einwerfen können.

3.1.2 Auswertung der 2. Teamdiskussion

Das Protokoll, das die Verfasserin während der zweiten Teamdiskussion geführt hat, ist in den Abbildungen 6 und 7 im Anhang auf der Seite 111f zu finden.

Die zweite Teamdiskussion fand am 10. Dezember 2016 im Teamraum der logopädischen Praxis statt. Anwesend waren die Praxisleiterin und die Verfasserin. Angesetzt war eine Diskussionsdauer von 60 bis 90 Minuten. Dieser zeitliche Rahmen wurde von den beiden Teilnehmern eingehalten. Die Diskussion dauerte insgesamt eine Stunde und 30 Minuten an.

Zunächst schlug die Verfasserin vor, den Themenbereich „*Therapeutin*“ in den zu entwickelnden Fragebogen aufzunehmen. Sie begründete ihren Vorschlag, indem sie der Praxisleiterin einige Items vorstellte. Darunter befanden sich auch die Aussagen „Mit der Freundlichkeit der Therapeutin bin ich zufrieden.“ und „Ich/mein Angehöriger wurde von der Therapeutin respektvoll behandelt.“. Die Praxisleiterin stimmte zu, dass die Items zu keiner anderen Kategorie passen und daher ein weiterer Themenbereich notwendig ist.

Nachdem der Punkt geklärt war, haben sich die Logopädinnen den *Pre-Fragebogen* gemeinsam von Anfang bis Ende angesehen. Ziel war es, die einleitende Erklärung, die einzelnen Items und die verschiedenen Antwortmöglichkeiten auf ihre Akzeptanz, Attraktivität und Verständlichkeit hin zu testen. Diese Bereiche wurden modifiziert, entfernt und/oder ergänzt, um die schriftliche Befragung zu optimieren.

Die *einleitende Erklärung* wird der eigentlichen Befragung vorweggenommen. Derzeit nimmt sie eine Seite ein, was die Diskussionsteilnehmerinnen als angemessen ansehen. Inhaltlich sind sowohl das Ziel, als auch Angaben zur Durchführung und Rückgabe des Fragebogens enthalten, weshalb an dieser Stelle keine Veränderungen vorgenommen wurden.

Es folgte die detaillierte Auseinandersetzung mit den *Items* der schriftlichen Befragung. Hierbei achteten die Logopädinnen auf eine „positive Formulierung“. Diese blieb allein bei der Behauptung „Meine Zufriedenheit mit den therapeutischen Maßnahmen ist im Verlauf der Behandlung gesunken“ aus. Es wurde versucht, das Item umzuformulieren, sodass es positiver Natur ist. Möglich gewesen wäre folgende Behauptung: „Meine Zufriedenheit mit den therapeutischen Maßnahmen ist im Verlauf der Behandlung gestiegen“. Hier kommt jedoch hinzu, dass bei einer negativen Beantwortung nicht klar wird, ob die Zufriedenheit gleichbleibend oder doch gesunken ist. Außerdem enthält die Befragung weitere Items, die diesem sehr ähnlich sind. Aus diesen Gründen haben sich die Teilnehmer der Diskussion gegen das Item entschieden.

Zudem wurde kontrolliert, ob bei negativer Rückmeldung zu den Behauptungen auch tatsächlich Veränderungen vorgenommen werden können. Bei zwei Items war dies nicht der Fall: „Der Therapieraum ist groß genug“ und „Die sanitären Anlagen sind groß genug“. Stimmen die Patienten und/oder Angehörige diesen Aussagen nicht zu, besteht für das Team auch nicht die Möglichkeit, etwas zu verändern. Ein Umbau der Praxis ist nicht möglich. Daher wurden auch diese beiden Statements aus dem Fragebogen herausgenommen.

Im weiteren Verlauf wurden einige Items umformuliert, spezifiziert und teilweise durch Zusatzbehauptungen ergänzt. Die Items „Ich wünsche mir eine Facebook Seite der Praxis“, „Ich wünsche mir ein freies WLAN in der Praxis“ und „Ich wünsche mir zusätzliche

Angebote wie z.B. Informationsveranstaltungen oder Selbsthilfegruppen“ sind ebenfalls unpassend formuliert. Die Verfasserin hatte sich für diese Formulierung entscheiden, da diese Kriterien derzeit nicht existieren. Stellt sich bei der Befragung heraus, dass diese Kriterien „erwünscht“ sind, sollten sie zukünftig im Rahmen des QM eingeführt werden. Existieren eine Facebook Seite, freies WLAN und derartige Zusatzangebote, ist das Verb „wünschen“ ungeeignet. Die Items im Fragebogen wären nicht mehr aktuell und müssten verändert werden. Die Verfasserin hat sich daher für folgende Formulierungen entschieden: „Eine Internetpräsenz der Praxis bei Facebook ist mir wichtig“, „Ein freies WLAN in den Räumlichkeiten der Praxis ist mir wichtig“ und „Zusätzliche Angebote wie z.B. Informationsveranstaltungen oder Selbsthilfegruppen sind mir wichtig“.

Das Statement „Ich kann die Therapeutin gut erreichen“ wurde in der Teamdiskussion spezifiziert. Die Praxisleiterin warf ein, dass viele Patienten sie beispielsweise sonntags oder noch nach 20 Uhr kontaktieren, das aber nicht die Regel sein sollte. Die konkretisierte Aussage lautet daher nun „Ich kann die Therapeutin werktags von 08.00 Uhr bis 18.30 Uhr gut erreichen“.

Die Formulierung „Ich habe den Flyer der Praxis für Logopädie gesehen und mich daher für diese Praxis entschieden“ ist unpassend, da mehrere Komponenten in einer Behauptung abgefragt werden. Sinnvoller erschien die Behauptung „Ich kenne den Flyer der Praxis für Logopädie“. Wird an dieser Stelle mehrfach nicht zugestimmt, sollte veranlasst werden, mehr Flyer in der Praxis und in anderen Einrichtungen und Geschäften auszulegen. Nur wenn zugestimmt wird, sollen die Befragten den Zusatz „Ich finde den Flyer ansprechend“ bejahen oder verneinen. Gleiches gilt für das Item „Ich kenne die Homepage der Praxis für Logopädie“. Der Zusatz hier lautet „Ich finde die Homepage ansprechend“. Um die Temperatur und Beleuchtung innerhalb der Räumlichkeiten geht es in den Behauptungen 17 und 18. Die Befragten, die eine negative Rückmeldung geben, sollen eine Zusatzbehauptung bewerten. Durch sie wird im Ergebnis deutlich, ob es zu warm, zu kalt, zu hell oder zu dunkel ist.

Abschließend wurde das Item „Die Zusammenarbeit zwischen meiner Therapeutin und mir/meinem Angehörigen beurteile ich als gut“ ergänzt. Es handelt sich aus Sicht der Logopädinnen um ein Kriterium, das die Fortschritte innerhalb der Therapie beeinflusst.

Auch die verschiedenen *Antwortmöglichkeiten* des Fragebogens wurden in der zweiten Teamdiskussion thematisiert. Zur Verfügung stehen den Befragten größtenteils vier Antwortmöglichkeiten in Form einer verbalen Ratingskala. In der ersten Fassung des Pre-Fragebogens wurden die Abstufungen mit „Ich stimme zu“, „Ich stimme eher zu“, „Ich lehne eher ab“ und „Ich lehne ab“ beschrieben. Im Gespräch stellte sich heraus, dass das Verb „ablehnen“ einen negativen, distanzierenden Eindruck vermittelt. Positiver klingen

die Bezeichnungen „Ich stimme völlig zu“, „ich stimme ziemlich zu“, „Ich stimme wenig zu“ und „Ich stimme gar nicht zu“.

Mehr Details der zweiten Fassung des Pre-Fragebogens sind den Kapiteln „2.1.3 Pre-Fragebogen“ (ab S. 42) und „3.3 Pre-Fragebogen“ (ab S. 76) der Bachelorarbeit zu entnehmen. Eine Abbildung der vorläufigen Fassung des Datenerhebungsinstruments befindet sich außerdem im Anhang (Abb. 8 bis 12, S. 113ff).

3.1.2.1 Geplante Auswertung und Implementierung

In der zweiten Teamdiskussion wurde außerdem besprochen, wie der Fragebogen zur systematischen und kontinuierlichen Erfassung der Patientenzufriedenheit in der logopädischen Praxis zukünftig ausgewertet und implementiert werden soll. Die verschiedenen Methoden, für die sich die Logopädinnen in diesem Kapitel entscheiden, wurden bereits in „2.2 Auswertungs- und Implementierungsmöglichkeiten“ ab S. 48 näher erläutert.

In der zweiten Teamdiskussion stellte zum einen die *Auswertung* des Fragebogens zur systematischen und kontinuierlichen Erfassung der Patientenzufriedenheit einen wichtigen Aspekt dar.

Die Testwertermittlung bzw. Kodierung der einzelnen Antworten erfolgt wie in Tabelle 4 „Wertzuordnung/Kodierung der Antwortformate des Fragebogens“ auf Seite 51 dargestellt. Items, die von dem Befragten gar nicht oder nicht eindeutig beantwortet worden sind, werden zukünftig mit „keine Angabe“ (kA) kodiert.

Das Team der Praxis hat sich dafür entschieden, aus der Gesamtheit aller beantworteten Fragebögen allein die prozentualen Häufigkeiten zu berechnen. Bei diesem Vorgehen soll zunächst jedes Fragebogenitem einzeln betrachtet werden. Es wird herausgearbeitet, welches Item von wie vielen Personen wie bewertet worden ist. Dieses detaillierte und differenzierte Bild ermöglicht es den Therapeutinnen, im Verlauf gezielte Verbesserungsmaßnahmen treffen zu können. Bei den Items, die in Form der vierstufigen, verbalen Ratingskala zu beantworten sind, sollen die Antwortmöglichkeiten zusätzlich gegenübergestellt werden. Die diskret gestufte Skala enthält sowohl zwei positive („Ich stimme völlig zu“, „Ich stimme ziemlich zu“), als auch zwei negative Antworten („Ich stimme wenig zu“, „Ich stimme gar nicht zu“). Die Antwortverteilungen werden im Rahmen der Auswertung gegenübergestellt, um unter Einbeziehung der Qualitätskennzahl zu entscheiden, ob eine Verbesserungsmaßnahme ergriffen werden sollte, oder nicht. Wenn sich herausstellt, dass 30% der Befragten (= Qualitätskennzahl) mit einem Aspekt des Fragebogens unzufrieden sind, sollte aus Sicht der Logopädinnen eine Problemlösung angestrebt bzw. Veränderung vorgenommen werden. Voraussetzung dafür ist, dass der jeweilige Aspekt auch

wirklich verändert werden kann. Die Größe der Therapieräume beispielsweise ist nicht veränderbar.

Um die Auswertungsergebnisse adäquat zu präsentieren zu können, sollen sie in Form einer Grafik, genauer in einem Säulendiagramm, dargestellt werden. Dieses Vorgehen erleichtert es, den Patienten und Angehörigen einen Überblick über die allgemeine Bewertung zu geben.

Bevor die Ergebnisse der schriftlichen Befragung jedoch verallgemeinert werden können, muss zunächst die Rücklaufquote mittels der bereits aufgeführten Formel berechnet werden (vgl. Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus, KTQ, 2000, S. 39). Um die Variablen der Formel füllen zu können, müssen die Logopädinnen nicht nur über die Auswertbarkeit der zurückerhaltenen Bögen entscheiden, sondern auch dokumentieren, wie viele Datenerhebungsinstrumente sie insgesamt an die Patienten ausgegeben haben. Letzteres wird mit Hilfe einer einfachen Strichliste festgehalten. Um über die Auswertbarkeit der Fragebögen zu entscheiden, wird zunächst die prozentuale Häufigkeit der Items berechnet, die mit „KA“ kodiert worden sind. Diese wird dann mit der Qualitätskennzahl in Beziehung gesetzt, die die Praxisinhaberin und die Autorin gemeinsam bestimmt haben. Nach ihrer Meinung ist ein Datenerhebungsinstrument als „nicht auswertbar“ einzustufen, wenn 40% der Items nicht oder nicht eindeutig beantwortet worden sind. Im Umkehrschluss bedeutet dieser Wert, dass 60% der Fragen eindeutig beantwortet sein müssen, um den Bogen auszuwerten.

Die Praxisleiterin und die Verfasserin halten es für sinnvoll, die Fragebögen mit Hilfe des Tabellenkalkulationsprogramms „Excel“ von Microsoft auszuwerten. Dieses Programm ist bereits auf dem Computer der Praxis für Logopädie vorhanden und betriebsbereit. Eine Anschaffung eines statistischen Auswertungsprogramms und die damit verbundenen Kosten entfallen daher. Ein weiterer Vorteil ist, dass die Einarbeitungszeit in Excel sowohl für die Praxisleiterin, als auch für die Verfasserin sehr gering ist.

Das letzte Item des Fragebogens bietet den Patienten bzw. Angehörigen die Möglichkeit, ihre Anmerkungen, Anregungen und Wünsche stichpunktartig niederzuschreiben. Die Praxisleiterin schließt sich hier der Meinung der Verfasserin an. Eine qualitative Auswertung der Daten ist weder machbar, noch sinnvoll. Die Notizen der Patienten werden digitalisiert und sortiert, sodass alle in einem Dokument ersichtlich sind. Die Stichpunkte werden im Verlauf mündlich diskutiert.

Ein weiterer zentraler Aspekt der Diskussion war die *Implementierung* des Datenerhebungsinstruments.

Um den Zeitpunkt der Datenerhebung festzulegen, stellte die Verfasserin zunächst die Vorgehensweisen der „Inhousebefragung“, der „postalischen Befragung“ und des „Kombi-

nationsverfahrens“ vor. Die aktiven Diskussionsteilnehmer waren sich schnell einig, dass die Inhousebefragung für ihr Vorhaben die effektivere und effizientere Methode ist. Sie verspricht nicht nur eine höhere Rücklaufquote als die beiden anderen Vorgehensweisen (Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus, KTQ, 2000, S. 28), sondern ist dazu auch noch kostengünstiger. Haben die Befragten das Erhebungsinstrument ausgefüllt, sollen sie es in eine speziell dafür vorgesehene „Rückgabe-Box“ im Wartezimmer der Praxis einwerfen. Auf diesem Weg wird zum einen die Anonymität der Befragten gewahrt. Zum anderen ist die Leistungserbringung zum Zeitpunkt der Befragung noch nicht abgeschlossen. Das bedeutet, die Patienten bzw. deren Angehörige kehren auf jeden Fall in die Praxis zurück. Ein Umweg, beispielsweise zum nächsten Briefkasten, entfällt somit für die Befragten. Die Inhousebefragung allein ist jedoch nicht ausreichend. Die Patienten, die ihre logopädische Therapie zu Hause erhalten bzw. deren Angehörige sollen nicht von der schriftlichen Befragung ausgeschlossen werden. Aus diesem Grund sollen die ca. 15 Hausbesuch-Patienten der Logopädiepraxis bzw. deren Angehörige den Fragebogen zwar während der Leistungserbringung erhalten, ihn aber auf dem Postweg zurücksenden. Dieses Vorgehen entspricht einer Mischung aus der Inhousebefragung und dem Kombinationsverfahren. Den ausgefüllten Fragebogen zu einem Briefkasten oder zur Post bringen zu müssen, stellt für die Befragten eine zusätzliche Last dar. Diese muss in Hinblick auf die Anonymität jedoch in Kauf genommen werden. Würden die Befragten der Therapeutin den ausgefüllten Fragebogen z.B. nach einer Woche wieder mitgeben, wäre die Anonymität der Befragten nicht gegeben.

Weiter haben die Logopädinnen über die Häufigkeit der Datenerhebung gesprochen. Für realistisch und praktikabel halten sie drei Befragungsdurchläufe pro Jahr. Dies entspricht einem Abstand von ca. vier Monaten zwischen jedem Durchlauf. Die Gefahr, dass die Patienten und Angehörigen nicht an der Befragung teilnehmen, weil sie zu häufig befragt werden, ist aus Sicht der Diskussionsteilnehmerinnen bei drei Durchläufen pro Jahr sehr gering. Es empfiehlt sich außerdem, einen Zeitraum festzulegen, in dem der Fragebogen an die Patienten bzw. ihre Angehörigen verteilt wird. Die meisten Patienten erhalten ein Mal pro Woche eine logopädische Therapie. Um möglichst viele Patienten bzw. Angehörige in die Befragung mit einzubeziehen und auf krankheitsbedingte Ausfälle adäquat reagieren zu können, sollte der Bogen zwei Wochen lang an Interessierte ausgegeben werden. Für die Bearbeitungsdauer werden ebenfalls zwei Wochen angesetzt. So haben nicht nur erkrankte Patienten und Angehörige die Möglichkeit, den Fragebogen noch rechtzeitig abzugeben. Auch Befragte, die den ausgefüllten Bogen zu Hause vergessen haben, bekommen eine zweite Chance zur Abgabe. Auf Befragungen zu Ferienzeiten und Feiertagen sollte trotzdem verzichtet werden, um die Rücklaufquote nicht negativ zu beeinflussen. In den vier Monaten, die ca. zwischen den Befragungsdurchläufen liegen,

bleibt zudem genügend Zeit, die ausgefüllten Fragebögen auszuwerten. Die Auswertung schließt nicht nur die Ergebnisdarstellung in Excel mit ein. Ebenso gemeint ist hier die Diskussion der Ergebnisse im Rahmen einer Teamsitzung. Kristallisieren sich Probleme heraus, sollen mit Hilfe der Brainstorming-Methode Lösungen gefunden und im Verlauf umgesetzt werden. Wichtig ist, festzulegen wer welche Aufgabe übernimmt. Ziel ist es, von den überwiegend quantitativen Auswertungsergebnissen ein Weg hin zur qualitativen Problemlösung zu schaffen und so die Patienten zufrieden zu stellen.

Für das Jahr 2017 könnte sich der Befragungszeitraum, die Auswertung und Implementierung wie folgt gestalten:

Tabelle 5: Eckdaten der Befragung, Auswertung und Implementierung im Jahr 2017

Befragungsdurchlauf	1	2	3
Befragungszeitraum	KW 2 – KW 5	KW 25 – KW 28	KW 36 – KW 39
Entleerung der Rückgabe-Box	am Ende von KW 5	am Ende von KW 28	am Ende von KW 39
Ergebnisdarstellung in Excel	KW 6 – KW 7	KW 29 – KW 30	KW 40 – KW 41
Teamsitzung	am Ende von KW 7	am Ende von KW 30	am Ende von KW 41
Zeitraum für die Umsetzung von Lösungen	KW 8 – KW 25	KW 31 – KW 36	KW 42 – KW 52

Quelle: eigene Darstellung

Befragungsdurchlauf 2 verschiebt sich von Anfang Mai auf Mitte Juni, da sehr viele Feiertage in den Monat Mai fallen. Allgemein wurden neben den Feiertagen auch die Ferienzeiten in Nordrheinwestfalen bedacht. Sollte sich im Jahr 2017 herausstellen, dass die Befragungsdurchläufe 2 und 3 zu nah beieinander liegen, sollte überlegt werden ab dem Folgejahr generell nur zwei Befragungsdurchläufe zu starten.

3.2 Existierende Fragebögen zur Erfassung der Patientenzufriedenheit

Dargestellt werden hier die Ergebnisse der in Kapitel 2.1.2.1 beschriebenen Recherche (s. S. 40) nach veröffentlichten Fragebögen zur Erhebung der Patientenzufriedenheit. Weiter werden die ausfindig gemachten Datenerhebungsinstrumente näher erläutert und in Hinblick auf das eigene Projekt gewinnbringend ausgewertet.

3.2.1 Recherche

Wie bereits in „2.1.2.1 Recherche“, ab Seite 40, beschrieben wurde, fand eingangs eine orientierende Suche über Google scholar statt. Zum allgemeinen Thema „Fragebogen zur Erfassung der Patientenzufriedenheit“ konnten insgesamt 3.540 Ergebnisse erzielt werden. Da bei der hohen Trefferzahl nicht jedes einzelne Ergebnis gesichtet werden konnte, wurden nur der „Zürcher Fragebogen zur Patientenzufriedenheit in der psychiatrischen Klinik“ (vgl. Modestin u. a., 2003, S. 132) und der „Fragebogen zur Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung – Schwerpunkt Patientenbeteiligung (ZAPA)“ (vgl. Scholl u. a., 2011, S. 59) ausgemacht. Bei den weiteren Suchergebnissen handelt es sich überwiegend um Schriften zur Erfassung der Patientenzufriedenheit, teilweise in Verbindung mit einer speziellen medizinischen Intervention oder einem Medikament. Auch im Zusammenhang mit Qualitätsmanagement waren Berichte zu verzeichnen. Wurden die oben genannten Suchbegriffe um „Logopädie“, „ambulante logopädische Praxis“, „Physiotherapie“, „ambulante physiotherapeutische Praxis“, „Ergotherapie“, oder „ambulante ergotherapeutische Praxis“ ergänzt, tauchen deutlich weniger Ergebnisse auf. Einige der wissenschaftlichen Beiträge bezogen sich auf die oben bereits genannten Fragebögen. Unter den sonstigen Ergebnissen befanden sich, aus Sicht der Autorin, keine relevanten Treffer. Bereits durch die Eingabe der Schlagwörter „Fragebogen“, „Erfassung“ und „Patientenzufriedenheit“ in die Suchmaschine scinos, konnten keine Ergebnisse erzielt werden. Auch der Austausch des Begriffs „Fragebogen“ durch die Bezeichnung „schriftliche Befragung“ rief keine Veränderung hervor. Erst, als die Suchbegriffe nicht als Schlagwörter klassifiziert worden sind, zeigte scinos einige Treffer an. Es handelte sich bei den Literaturergebnissen jedoch vorwiegend um theoretische Grundlagen. Die Spezifizierung der Suche, durch die Ergänzung der Wörter „Logopädie“, „logopädische Praxis“, „Physiotherapie“, „physiotherapeutische Praxis“, oder „Ergotherapie“, „ergotherapeutische Praxis“ brachte keine Treffer hervor.

Die erweiterte Suche innerhalb des Katalogs der Hochschule Osnabrück war gekennzeichnet durch die Begriffe „Fragebogen“ und „Patientenzufriedenheit“. Das Resultat waren fünf Treffer, von denen einer auf den ersten Blick relevant erschien. Die Verfasserin verzichtete an dieser Stelle auf eine detailliertere Suche für den logopädischen, physio- und ergotherapeutischen Einsatzbereich.

Die Ergebnisse der Suche in dem Katalog der Universitätsbibliothek, dem Katalog des Gemeinsamen Bibliotheksverbundes und der elektronischen Zeitschriftenbibliothek fielen ähnlich aus. Wenn mehrere Treffer erzielt worden sind, handelte es sich in der Auflistung meist um die gleichen Publikationen. Sobald nach Fragebögen zur Patientenzufriedenheit für den spezifisch logopädischen, physio- oder ergotherapeutischen Einsatzbereich gesucht wurde, konnten keine Ergebnisse hervorgebracht werden.

Detaillierter gesucht werden konnte mit Hilfe des Datenbankproviders DIMDI. Die einzelnen Sucheingaben und dessen (relevante) Treffer sind in Tabelle 4: Recherche bei DIMDI (s. Anhang S. 125), dargestellt. Je spezifischer die Suche nach Fragebögen wurde, desto weniger Treffer konnten erzielt werden. Dennoch machte die Autorin zwei relevante Werke ausfindig. Auch, wenn sich die Erfassung der Patientenzufriedenheit in diesen Fragebögen nicht speziell auf die logopädische Praxis oder den Heilmittelbereich beziehen, könnten sie für das Projekt, in Hinblick auf den Aufbau, hilfreich sein.

Auf der Homepage des deutschen Bundesverbands für Logopädie e.V. lassen sich viele Ergebnisse zum Thema „Fragebogen“ finden. Der Großteil der Treffer bezieht sich allerdings auf Umfragen zu verschiedenen logopädischen Störungsbildern oder die Bereitschaft der Mitglieder, entsprechende Fortbildungen zu besuchen. In Kombination mit dem Wort „Patientenzufriedenheit“ verweist der dbf auf einen Bericht zum Thema Elternpartizipation und die Rahmenpunkte der Jahreskongresse 2007 und 2012. Relevante Treffer sind dort demnach nicht zu finden. Allerdings hat der dbf ein eigenes QMS bzw. QMH herausgebracht (s. dazu „1.2.3 Qualitätsmanagementsysteme (QMS)“, ab S. 26), welches einen „Patientenfragebogen“ beinhaltet (vgl. Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V., dbf, 2012). Die Homepage des dbf verzeichnet zwar, ähnlich wie der dbf, Ergebnisse zu Fragebögen, jedoch keine im Zusammenhang mit Patientenzufriedenheit. Ganz ähnlich fiel die Suche im Archiv der Fachzeitschrift „Forum Logopädie“ aus.

Die Recherche beim ZVK nach „Fragebogen Patientenzufriedenheit“ brachte insgesamt drei Treffer hervor. Sie thematisieren zwar Patientenzufriedenheitsbefragungen, allerdings bezogen auf den klinischen, kommunikativen und interaktiven Bereich. Die Recherche in den physiotherapeutischen Fachzeitschriften „Physiopraxis“, „Physioscience“ und „Manuelle Therapie“ brachte jeweils die gleichen vier Artikel hervor. Grund dafür ist der gemeinsame Thieme Verlag, der keine Archivsuche, sondern eine übergreifende Suche im gesamten Verlag ermöglicht. Die ausfindig gemachten Artikel beschäftigen sich entweder mit der Erstellung von Fragebögen oder der Patientenzufriedenheit als Qualitätsmerkmal und sind somit irrelevant. Die Suche in PT ergab keine weiteren Treffer.

Die Suche nach „Fragebogen Patientenzufriedenheit“ auf der Homepage des DVE ergab ebenfalls keinen einzigen Treffer. Die Fachzeitschriften „Ergotherapie und Rehabilitation“ und „Ergoscience“ sind dem Schulz Kirchner Verlag zugehörig. Dies ermöglichte eine gemeinsame online Archivsuche, die jedoch erfolglos blieb. Die Ergoscience wird ebenfalls vom Thieme Verlag vertrieben. Die Suche hier blieb, wie oben bereits beschrieben, ohne Erfolg.

Aus der durchgeführten Recherche geht hervor, dass derzeit keine veröffentlichten, schriftlichen Befragungen zur Erfassung der Patientenzufriedenheit in der logopädischen, physio- und ergotherapeutischen Praxis existieren. Der ausfindig gemachte „Patientenfra-

gebogen“ ist Bestandteil des QMS bzw. QMH des dbI. Dieses ist, wie in „1.2.3 Qualitätsmanagementsysteme (QMS)“ ab Seite 26 beschrieben, nicht frei zugänglich, sondern muss käuflich erworben werden.

3.2.2 Auswertung

Bei der Recherche nach bereits existierenden Fragebögen zur Erfassung der Patientenzufriedenheit konnten insgesamt neun Exemplare ausfindig gemacht werden. In diesem Kapitel wird auf ihren allgemeinen Aufbau, ihre Items und Auswertung eingegangen, um einen orientierenden Eindruck von Patientenzufriedenheitsfragebögen zu erlangen.

Eine Unterteilung der gefundenen, schriftlichen Befragungen in den ambulanten bzw. stationären Bereich ist möglich. Allerdings sind von neun Fragebögen lediglich drei für den ambulanten Bereich entwickelt worden:

- „Patientenfragebogen“ (Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V., dbI, 2012)
- „Fragebogen zur Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung – Qualität aus Patientenperspektive“ (ZAP) (Bitzer u. a., 2002, S. 63f)
- „Fragebogen zur Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung – Schwerpunkt Patientenbeteiligung“ (ZAPA) (Scholl u. a., 2011, S. 59).

Der „*Patientenfragebogen*“ wurde vom Deutschen Bundesverband für Logopädie e.V. im Rahmen des QMS für ambulante logopädische Praxen entwickelt. Die dreiseitige Befragung umfasst eine kurze einleitende Erklärung für die Patienten/Angehörigen sowie einen Teil A und einen Teil B. In Teil A werden Angaben zur Person geklärt, während in Teil B 18 direkte, geschlossene Fragen zur Praxis und zum behandelnden Therapeuten gestellt werden. Zur Beantwortung der Fragen steht den Befragten eine fünfstufige numerische Ratingskala zur Verfügung (vgl. Jonkisz u. a., 2012, S. 53f). Die Eins steht dabei für „sehr gut“, die Fünf für „sehr schlecht“ (Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V., dbI, 2012). Eine spezifische Bezeichnung bzw. Einstufung für die Zahlen zwei, drei und vier bleiben aus. Abschließend haben die Patienten/Angehörigen die Möglichkeit, weitere Anmerkungen frei zu notieren. Hinweise auf die Auswertung des Patientenfragebogens sind nicht zu finden. Weder im Fragebogen selbst, noch im dazugehörigen Kapitel des QMH. Im Handbuch wird lediglich festgehalten, in welchem Ordner und Raum die Ergebnisse der Fragebögen und die „dokumentierten Maßnahmen“ zu finden sind. (Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V., dbI, 2012, S. 63f).

Bei dem „ZAP-Fragebogen“ handelt es sich um ein allgemeingültiges Datenerhebungsinstrument im Bereich der ambulanten Versorgung. Es wurde für über 18-jährige Patienten entwickelt, die über ausreichend Deutschkenntnisse verfügen und von einem Haus- oder Facharzt behandelt worden sind. Auf eine einleitende Erklärung wird hierbei verzichtet. Die Patienten werden direkt mit 26 Fragen zu verschiedenen Bereichen konfrontiert. Eingeteilt sind die 26 Fragen in sieben verschiedene Frage-Antwort-Blöcke. Blöcke eins bis vier enthalten mehrere Fragen. In jedem dieser Blöcke wird zu Beginn ein Frage-Anfang vorweggenommen. Die Frage-Enden werden separat darunter aufgelistet. Es liegt eine verbale Ratingskala mit unipolarem Merkmal vor (vgl. Jonkisz u. a., 2012, S. 53f). Die Patienten sollen eine der vier vorgegebenen Antworten ankreuzen. Einzig bei Block fünf stehen fünf Antworten zur Wahl. (vgl. Bitzer u. a., 2002, S. 63f).

Die Auswertung der gewonnenen Daten wird in drei wesentliche Schritte eingeteilt. Im ersten Schritt werden die vier bzw. fünf Antwortkategorien umkodiert. Das bedeutet, die höchste Zufriedenheitsangabe bekommt den höchsten Zahlenwert. So entspricht die Angabe „sehr zufrieden“ dem Zahlenwert 4, während „sehr unzufrieden“ den Zahlenwert 0 bekommt (ebd., S. 23ff). Im zweiten Auswertungsschritt werden die umkodierten Werte innerhalb eines Frageblocks addiert. Im letzten Schritt werden die umkodierten Werte in eine Transformationsformel eingesetzt. Das transformierte Ergebnis relativiert die Anzahl der Fragen innerhalb eines Blocks, sodass ein einheitlicher Wertebereich entsteht und der Vergleich zwischen den einzelnen Frageblöcken möglich wird. Übernommen wird die Auswertung von einem computergestützten Auswertungsprogramm. (vgl. Bitzer u. a., S. 23ff).

Konstruiert wurde das Datenerhebungsinstrument „ZAPA“ für die Befragung innerhalb der „ambulanten medizinischen Versorgung“ (Scholl u. a., 2011, S. 50). Vorweg wird der Befragte darauf hingewiesen, dass sich nach der allgemeinen Zufriedenheit erkundigt wird, nicht nach der letzten Behandlung. Die Befragung ist, mit einem Umfang von vier direkten, geschlossenen Fragen, die Kürzeste der sieben ausfindig gemachten Fragebögen. Den Patienten stehen nach jeder Frage vier Antwortmöglichkeiten in Form einer verbalen Ratingskala zur Verfügung (vgl. Jonkisz u. a., 2012, S. 53f). Bei zwei von vier Fragen sind die möglichen Antworten identisch. Eine neutrale Mittelkategorie ist nicht vorhanden (vgl. Jonkisz u. a., 2012, S. 53f). (vgl. Scholl u. a., 2011, S. 50).

Die Auswertung hier ähnelt der des ZAP. Den vier Antwortmöglichkeiten wurden Zahlenwerte von 0 bis 3 zugeordnet. Bei vier Fragen zur Zufriedenheit ergibt das, je nach Bewertung, eine Summe zwischen 0 und 12. Wird dieser wiederum mit $25/3$ multipliziert, erhält die auswertende Person einen „linear transformierten Summenwert zwischen 0 und 100“

(Scholl u. a., 2011, S. 57f). Je näher der linear transformierte Summenwert an 100 liegt, desto zufriedener war der Befragte. (vgl. Scholl u. a., 2011, S. 57f).

Alle drei Fragebögen haben Ihren Einsatzbereich in der ambulanten Versorgung. Der Patientenfragebogen des dbl (Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V., dbl, 2012) ist dabei der einzige, der speziell für den therapeutischen Bereich konstruiert wurde. Jedoch ist er, für den individuellen Bedarf der logopädischen Praxis, in der die Verfasserin arbeitet, ungeeignet. Das besagte Datenerhebungsinstrument umfasst 16 Fragen zur Praxis und lediglich drei zum behandelnden Therapeuten. Zum einen könnte eine spezifischere Gliederung vorgenommen werden, zum anderen könnte eine höhere Anzahl von Items hilfreich sein. Viele der Fragen wurden zudem sehr weit gefasst bzw. unspezifisch formuliert. Beispielsweise sollen die Befragten „Raumklima (Temperatur etc.), Sauberkeit und Gerüche in der Praxis“ allein im Rahmen von Frage vier bewerten (Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V., dbl, 2012). Um eine spezifische Einschätzung der drei Komponenten (Raumklima, Sauberkeit und Gerüche) zu erhalten, müsste jeder eine eigene Frage gewidmet werden. Gerade dann, wenn sich die Befragten Verbesserungen wünschen, muss aus der schriftlichen Befragung hervorgehen, wo genau angesetzt werden muss (Raumklima, Sauberkeit oder Geruch). Hinzu kommt, dass den Befragten die Bewertungsskala nicht vollständig erläutert wird. Zwischen „sehr gut“ (1) und „sehr schlecht“ (5) liegen die drei Abstufungen (2), (3) und (4) (Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V., dbl, 2012). Diese drei Bewertungsziffern wurden jedoch nicht verbalisiert. Für die Befragten bleibt ihre Bezeichnung unklar. Eine Interpretation der gewonnenen Daten muss ebenfalls ausbleiben, da keinerlei Hinweise zur Auswertung der ausgefüllten Fragebögen gemacht werden. Die Verfasserin möchte ein eigenes Datenerhebungsinstrument entwickeln, um es individuell an die Einrichtung, in der sie tätig ist, anpassen zu können. Das bedeutet zum einen eine möglichst detaillierte Erhebung der Patientenzufriedenheit. Diese soll durch zahlreiche, konkrete und leicht verständliche Items sichergestellt werden, die darüber hinaus sinnvoll in Themenbereiche gegliedert worden sind. Besonders wichtig könnten hier z.B. Elemente wie Werbung, Termine oder spezielle Therapieinhalte sein. Auch die Bewertungsskala muss für den Patienten/Angehörigen klar formuliert sein. Zum anderen sollen mit dem Fragebogen erste Schritte in Richtung QM gemacht werden. D.h., die erhobenen Daten sollen Rückschlüsse auf Problembereiche der therapeutischen Arbeit in der Praxis ermöglichen. Dies setzt eine nachvollziehbare Auswertung der Daten voraus. So können individuelle und präzise Qualitätsziele ermittelt werden, die es im weiteren Verlauf zu erreichen und zu kontrollieren gilt. Im Mittelpunkt steht die kontinuierliche Verbesserung aller Abläufe. Gelingt die Zufriedenstellung der Patienten und Angehörigen,

verbessert sich auch der Qualitätsstatus der Praxis, wodurch sie sich von der konkurrierenden Einrichtung abheben kann.

Sowohl der ZAP (Bitzer u. a., 2002, S. 63f), als auch der ZAPA (Scholl u. a., 2011, S. 59) wurde jedoch für den medizinischen Bereich entwickelt. Die Fragebögen können daher nicht zu 100% für die Befragung der Patientenzufriedenheit in therapeutischen Einrichtungen übernommen werden. Die Inhalte der medizinischen Versorgung unterscheiden sich zu stark von denen der therapeutischen Behandlung.

Weiter lässt sich für die Datenerhebungsinstrumente des stationären Bereichs eine grobe Gliederung in verschiedene Einsatz- bzw. Behandlungsbereiche vornehmen. Die Autorin differenziert die Bereiche „Kliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und/oder Psychosomatik“ und „Sonstige Kliniken“:

Kliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und/oder Psychosomatik

- „Zürcher Fragebogen zur Patientenzufriedenheit in der psychiatrischen Klinik“ (Züpaz) (Modestin u. a., 2003, S. 132)
- „Zufriedenheitsfragebogen“ (ZUF-8) (Schmidt u. a., 1989, zitiert in Nübling u. a., 2017)
- „Spezieller Fragebogen“ (SpezFB) (Dietzel, 2009, S. 273ff)
- „Münchener Fragebogen zur Behandlungsbewertung von Patienten in der stationären Psychotherapie/Psychosomatik“ (MFBP-18) (Decker u. a., 2010, S. 145ff)

Sonstige Kliniken

- „Fragebogen zur Patientenzufriedenheit“ (Kremer, 2006, S. 64ff)
- „Patienten Fragebogen“ (Wessel, 2007, S. 110f)

Der *„Zürcher Fragebogen zur Patientenzufriedenheit in der psychiatrischen Klinik“* umfasst insgesamt vier Seiten. Enthalten ist eine einleitende Erklärung für die Patienten, die sowohl das Ziel des Fragebogens beschreibt, als auch Informationen über die Art und Weise der Beantwortung und Rücksendung der Befragung enthält. Unterteilt ist die schriftliche Befragung in fünf Kategorien, wobei die Fragen zur Person numerisch nicht mitgezählt worden sind. So werden insgesamt 25 Fragen zu den Rubriken „Zum Eintritt“, „Zum Aufenthalt“, „Zur Behandlung“ und „Zum Austritt“ gestellt (Modestin u. a., 2003, S. 132). Es handelt sich dabei um geschlossene Fragen, die den Patienten direkt ansprechen. In diesem Fall liegen „diskret gestufte, verbale Ratingskalen“ vor, die meist unipolarer Natur sind (vgl. Jonkisz u. a., 2012, S. 50ff). Die Patienten sollen zwischen vier bis sechs Antwortmöglichkeiten die wählen, die ihrer Meinung nach am ehesten zutrifft. Zu erwähnen ist, dass nicht kontinuierlich die gleichen Antwortmöglichkeiten vorgegeben werden. Bei

einigen Fragen steht den Patienten eine „neutrale Mittelkategorie“ und/oder die Antwortmöglichkeit „betrifft mich nicht“ als Ausweichoption zur Verfügung (Modestin u. a., 2003, S. 132; vgl. Jonkisz u. a., 2012, S. 53f). Den 25 geschlossenen Fragen schließt sich eine einzige offene Frage an, die den Patienten die Möglichkeit gibt, sich frei zu dem Fragebogen und ihrem Aufenthalt zu äußern. (vgl. Modestin u. a., 2003, S. 131).

Das Vorgehen bezüglich der Auswertung des Züpaz wird aus dem vorliegenden Artikel nicht ersichtlich. In ihm wird lediglich die inhaltliche Bewertung des Fragebogens dargestellt. Vermuten lässt sich jedoch, auf Grund einer angegebenen Punkte-Skala, eine quantitative Auswertung. (vgl. Modestin u. a., 2003).

Der „ZUF-8“ wurde angewandt in einer Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie und ist, im Gegensatz zum Züpaz, nicht tabellarisch aufgebaut. Zudem ist der ZUF-8 mit insgesamt zwei Seiten und 13 Fragen deutlich kürzer. In dieser schriftlichen Befragung wurde auf eine ausführliche Einleitung verzichtet, nur drei Sätze werden vorweggenommen. Bei den ersten zehn Fragen handelt es sich um eine geschlossene Fragestellung, die sich direkt an den Patienten wenden. Zur Auswahl stehen den Befragten jeweils vier verschiedene Antwortmöglichkeiten, die die Verfasserin als diskret gestufte, verbale Ratingskalen identifiziert (vgl. Jonkisz u. a., 2012, S. 50ff). Demnach steht dem Befragten keine neutrale Mittelkategorie zur Option. Auch variieren die Bezeichnungen der Ratingskalen je nach Frage. Bei den letzten drei Fragen haben die Patienten die Möglichkeit, sowohl positive und negative Kritik an der Klinik, als auch sonstige Anmerkungen zu äußern. Es handelt sich dabei um offene Fragen, die dem Befragten ein freies Antwortformat einräumen. (vgl. Schmidt u. a., 1989, zitiert in Nübling u. a., 2017).

Ausgewertet wird der ZUF-8 quantitativ. Das bedeutet, die vier Antwortmöglichkeiten bekommen jeweils Zahlenwerte von 1 bis 4 zugeteilt. Dabei erhält die positivste Antwort eine 4, die negativste eine 1. Je nachdem, wie der Patient die insgesamt acht Fragen beantwortet, kommt ein Wert von 8 bis 32 zustande. Je höher dieser Zahlenwert ausfällt, desto höher ist die Zufriedenheit des Patienten. (vgl. Nübling u. a., 2017).

Aus Sicht der Autorin sind im „SpezFB“ Aspekte aus dem Züpaz und dem ZUF-8 zu verzeichnen. Der spezielle Fragebogen wurde auf einer bestimmten Station einer Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie eingesetzt. Die Patienten der Station werden nicht nur über das Ziel der schriftlichen Befragung, sondern auch über die Entstehung informiert. Hingewiesen werden sie außerdem auf die Anonymität ihrer Daten. Die Besonderheit des Fragebogens besteht darin, dass sich die Art der Fragestellung von der in den bisherigen Befragungen unterscheidet. Der SpezFB besteht aus insgesamt 36 Items. Vorgegeben sind, bei 35 Items, jeweils fünf Antwortmöglichkeiten in Form von verbalen Ratingskalen

(vgl. Jonkisz u. a., 2012, S. 50ff). Jede Ratingskala enthält eine neutrale Mittelkategorie, wobei die Bezeichnungen der Skalenpunkte von Aufgabe zu Aufgabe variieren (vgl. ebd.). Bei 27 Items handelt es sich um „Ergänzungsaufgaben“ (vgl. Jonkisz u. a., 2012, S. 50ff). In der schriftlichen Befragung wird ein Satz vorgegeben, den die Patienten, unter Verwendung einer der fünf Antwortmöglichkeiten, vervollständigen müssen. Weiter enthält der Fragebogen sechs Statements, die mit Hilfe der verbalen Ratingskalen beurteilt werden sollen. Nur zwei der Items bestehen aus geschlossenen, direkten Fragen. Im Rahmen des 36. Items sollen die Patienten „persönliche Anmerkungen, Verbesserungsvorschläge und Kritik“ offen und frei äußern (Dietzel, 2009, S. 273ff). Den Schluss des Fragebogens bilden statistische Angaben. (vgl. Dietzel, 2009, S. 273ff).

Dietzel (2009) geht in ihrer Dissertation ausführlich auf die inhaltliche Bewertung der einzelnen Items ein. Wie der Fragebogen auszuwerten ist, bleibt jedoch ungeklärt (vgl. ebd.).

Der *„Münchener Fragebogen zur Behandlungsbewertung von Patienten in der stationären Psychotherapie/Psychosomatik“ (MFBP-18)* ist die letzte schriftliche Befragung dieser Gruppe. Zu Beginn werden die Patienten über das Ziel des Fragebogens aufgeklärt und zum Ausfüllen ermutigt. Weiter geht es auf der zweiten Seite des Bogens mit 18 Aussagen, die in der „Ich-Form“ formuliert sind. Die Aufgabe des Befragten besteht darin, den Statements „voll“, „überwiegend“, „unentschieden“, „eher nicht“ oder „gar nicht“ zuzustimmen (Decker u. a., 2010, S. 145ff). Es handelt sich hier um eine für alle Fragen einheitliche, diskret gestufte, verbale Ratingskala unipolarer Natur (vgl. Jonkisz u. a., 2012, S. 50ff). Im Gegensatz zu den anderen Befragungen sind die Auswahlmöglichkeiten in diesem Fall für jedes Item identisch. Es schließen sich drei offene Fragen an, auf die die Patienten frei antworten können. (vgl. Decker u. a., 2010, S. 145ff).

Decker (2010) gibt in ihrer Arbeit keinerlei Hinweise auf die eigentliche Vorgehensweise bei der Fragebogenauswertung.

Der *„Fragebogen zur Patientenzufriedenheit“* wurde nicht nur innerhalb zwei verschiedener Zeiträume, sondern auch in zwei verschiedenen Kliniken eingesetzt. Die erste Befragung wurde von Anfang Oktober 1996 bis Mitte Juni 1997 in der Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und spezielle Intensivmedizin durchgeführt. Durchlauf zwei wurde für insgesamt zehn Tage im April 2002, im Klinikum Aschaffenburg, genauer in der Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin, gestartet. Die verwendeten Bögen unterscheiden sich allerdings minimal, da im Verlauf der Jahre 1996 bis 2002 eine einzige Frage hinzugefügt worden ist. Die Autorin sieht jedoch über diesen geringfügigen Unter-

schied hinweg und nutzt für sich den „neueren und erweiterten“ Fragebogen zur Patientenzufriedenheit aus dem Jahr 2002. (vgl. Kremer, 2006, S. 11).

Gestartet wird mit einer kurzen Einleitung, die den Befragten einen groben Überblick über die eigentlichen Absichten des Fragebogens bietet. Zusätzlich werden die Patienten über verschiedene Frage- und Antworttypen in Kenntnis gesetzt. Im Rahmen der Instruktion wird nicht nur darauf eingegangen, dass Fragen evtl. nicht beantwortet werden können, sondern auch auf die Möglichkeit hingewiesen, dass Kommentare handschriftlich beigelegt werden können. Gegliedert ist das zweiseitige Datenerhebungsinstrument zur Patientenzufriedenheit in die Kategorien „Vor der Operation“, „Nach der Operation“ und „Sonstiges“ (Kremer, 2006, S. 64ff). Jede der genannten Kategorien besteht aus verschiedenen Fragetypen. Überwiegend sollen die direkten Fragen mittels des Schulnotensystems bewertet werden. Die Note 6 (ungenügend) wird außer Acht gelassen, die restlichen Noten wurden zuvor in der Einleitung näher erläutert. Bei diesem Antwortformat handelt es sich um eine numerische Ratingskala mit unipolarem Merkmal (vgl. Jonkisz u. a., 2012, S. 52). Viele der direkten, geschlossenen Fragen sollen die Patienten mit den fünf Antwortmöglichkeiten „nein“, „gering“, „mittel“, „stark“ und „sehr stark“ beantworten (Kremer, 2006, S. 64ff). Es handelt sich dabei wieder um eine verbale, unipolare Skala (vgl. Jonkisz u. a., 2012, S. 52). Im Fragebogen enthalten sind außerdem Entscheidungsfragen mit dem „Ja/Nein“ Antworttyp und einige offene Fragen. (Kremer, 2006, S. 64ff).

Kremers Werk (2006) lässt keinerlei Rückschlüsse auf die Auswertung der mit Hilfe des Fragebogens gewonnenen Daten zu.

Den Abschluss bildet der „*Patienten Fragebogen*“ der Abteilung Qualitätssicherung der Endo-Klinik Hamburg. Sie ist auf die Knochen- und Gelenkchirurgie spezialisiert, wobei der Fokus auf dem Gelenkersatz liegt. Begonnen wird auch hier mit einer einleitenden Erklärung, die das Antwortschema der Fragen erläutert und Hinweise zur Abgabe der schriftlichen Befragung gibt. 20 Fragen wurden in die Kategorien „medizinisch ärztlicher Bereich“, „sonstiger therapeutisch/administrativer Bereich“ und „Hotelbereich“ eingeteilt (Wessel, 2007, S. 110f). Sie richten sich direkt an den Befragten und sollen mittels einer numerischen, unipolaren Skala beantwortet werden. Diese Skala greift auf das Schulnotensystem von 1 bis 6 zurück. Zusätzlich wird dem Patienten eine geschlossene Frage gestellt, die zum sogenannten gebundenen Antwortformat gehört (vgl. Jonkisz u. a., 2012, S. 39f). Es handelt sich um eine Mehrfachwahlaufgabe, da dem Befragten fünf verschiedene Antworten zur Verfügung stehen (vgl. ebd.). Abschließend hat der Patient die Möglichkeit, Anregungen frei niederzuschreiben. (Wessel, 2007, S. 110f).

Wessel (2007, S. 26) legt in seiner Dissertation nicht dar, wie die schriftliche Befragung in Bezug auf die Patientenzufriedenheit ausgewertet werden sollte.

Weil insgesamt sechs Datenerhebungsinstrumente des stationären Bereichs für verschiedene Kliniken entwickelt worden sind, kommen sie nicht für den Einsatz in therapeutischen Einrichtungen in Frage. Die Inhalte der Befragung unterscheiden sich stark von denen in einer therapeutischen Einrichtung. Diese Fragebögen dienen der Verfasserin hauptsächlich zur Orientierung und Ideengenerierung.

3.2.2.1 Gewinnbringende Items

Im Folgenden werden aus den oben genannten und beschriebenen schriftlichen Befragungen die Items aufgelistet, die für das eigene Datenerhebungsinstrument gewinnbringend umformuliert werden können. Dabei handelt es sich bei den kursiv gedruckten Items um direkte Zitate aus den Erhebungsbögen. Für die darunter aufgeführten Modifizierungen wurde die normale Zeichenlage gewählt.

Patientenfragebogen (Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V., 2012):

17. Welchen Eindruck haben Sie von den anderen Praxis-Mitarbeiterinnen hinsichtlich der Freundlichkeit?

→ Die andere Therapeutin macht auf mich einen freundlichen Eindruck.

Fragebogen zur Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung – Qualität aus Patientenperspektive“ (ZAP) (Bitzer u. a., 2002, S. 63f):

13. Wie zufrieden sind Sie im allgemeinen [sic] (d.h. nicht nur auf den letzten Arztbesuch bezogen) mit diesem Arzt/dieser Ärztin in bezug [sic] auf sein/ihr Einfühlungsvermögen?

→ Die Therapeutin wirkt auf mich sehr einfühlsam.

18. Wie zufrieden sind Sie im allgemeinen [sic] (d.h. nicht nur auf den letzten Arztbesuch bezogen) mit diesem Arzt/dieser Ärztin in bezug [sic] auf seine/ihre Geduld?

→ Die Therapeutin wirkt auf mich sehr geduldig.

Fragebogen zur Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung - Schwerpunkt Patientenbeteiligung (ZAPA) (Scholl u. a., 2011, S. 59):

1. Haben Sie Vertrauen zu diesem Arzt/dieser Ärztin?

→ Ich habe/mein Angehöriger hat Vertrauen zur Therapeutin.

Zürcher Fragebogen zur Patientenzufriedenheit in der psychiatrischen Klinik (Züpaz)

(Modestin u. a., 2003, S. 132):

11. *Wie wurden Sie von Ihrem Arzt/ Ihrer Ärztin fachlich betreut?*

→ Ich/mein Angehöriger wurde von der Therapeutin fachlich gut betreut.

15. *Wie würden Sie die Qualität der Behandlung, welche Sie erhalten haben, beurteilen?*

→ Die Qualität der erhaltenen Behandlung beurteile ich als gut.

Zufriedenheitsfragebogen (ZUF-8) (Schmidt u. a., 1989, zitiert in Dietzel, 2009, S. 214)

2. *Würden Sie wieder in unsere Klinik kommen, wenn Sie eine Hilfe bräuchten?*

→ Ich würde mich wieder an die Praxis wenden, wenn ich/einer meiner Angehörigen Sprach-, Sprech- und/oder Stimmtherapie benötigen würde.

7. *Würden Sie einem Freund/einer Freundin unsere Klinik empfehlen, wenn er/sie eine ähnliche Hilfe benötigen würde?*

→ Ich würde einem Freund/einer Freundin diese Praxis empfehlen, wenn er/sie Sprach-, Sprech- und/oder Stimmtherapie benötigen würde.

„Spezieller Fragebogen“ (SpezFB) (Dietzel, 2009, S. 273ff)

2. *Mit der Freundlichkeit des Pflegepersonals während meines stationären Aufenthalts war ich...*

→ Mit der Freundlichkeit der Therapeutinnen bin ich zufrieden.

3. *Die Unterstützung und Hilfsbereitschaft des Pflegepersonals empfand ich als...*

→ Die Unterstützung und Hilfsbereitschaft der Therapeutinnen empfand ich als angemessen.

10. *Die Zusammenarbeit und den gegenseitigen Austausch zwischen Pflegepersonal und Ärzten/Ärztinnen sowie Therapeuten/Therapeutinnen empfand ich als...*

→ Die Zusammenarbeit und den gegenseitigen Austausch zwischen den Therapeutinnen empfand ich als gut.

27. *Die Einrichtung und Ausstattung der Patientenzimmer empfand ich als...*

→ Die Einrichtung und Ausstattung der Therapieräume finde ich gut.

Münchener Fragebogen zur Behandlungsbewertung von Patienten in der stationären Psychotherapie/Psychosomatik“ (MFBP-18) (Decker u. a., 2010, S. 145ff)

3. *Insgesamt bin ich mit der Art der Therapie, die ich hier erhalten habe, zufrieden.*

→ Ich bin mit der Therapie, die ich/mein Angehöriger erhalten habe/hat, insgesamt zufrieden.

7. *Ich habe die für mich richtige, therapeutische Betreuung erhalten.*

→ Ich/mein Angehöriger habe/hat die richtige, therapeutische Betreuung erhalten.

9. *Insgesamt bin ich mit dem Therapieergebnis zufrieden.*

→ Ich bin mit dem Therapieergebnis zufrieden.

11. *Meine Zufriedenheit mit den therapeutischen Maßnahmen ist im Verlauf der Behandlung gesunken.*

→ Meine Zufriedenheit mit den therapeutischen Maßnahmen ist im Verlauf der Behandlung gesunken.

15. *In der Therapie wurden genau die Problembereiche bearbeitet, die mir wichtig waren.*

→ In der Therapie wurden die Problembereiche bearbeitet, die mir wichtig waren.

Was kann aus Ihrer Sicht verbessert werden?

→ Was kann aus Ihrer Sicht verbessert werden?

Patienten Fragebogen (Wessel, 2007, S. 110f)

17. *Wie beurteilen Sie die Sauberkeit der Zimmer in der Endo-Klinik?*

→ Die Räumlichkeiten der Praxis sind sauber.

20. *Würden Sie die Endo-Klinik weiterempfehlen? Wenn ja, mit welcher Bewertung?*

→ Ich würde die Praxis für Logopädie von Frau Quednau-Stademann weiterempfehlen.

3.3 Pre-Fragebogen

Die zweite Version des entwickelten Pre-Fragebogens ist im Anhang, auf den Seiten 113ff abgebildet. Es handelt sich um die Fassung, mit der die Pre-Testung durchgeführt wird.

Mit insgesamt neun Seiten handelt es sich um eine recht umfangreiche, schriftliche Befragung. Entgegen der meisten Annahmen beeinflusst der Umfang des Fragebogens nicht die Höhe der Rücklaufquote (vgl. Freise, 2003, S. 163f).

Die Befragung beginnt mit einer einseitigen Einleitung bzw. Erklärung, in der die Patienten und Angehörigen nicht nur über das Ziel des Erhebungsinstruments aufgeklärt werden. Informiert werden die Befragten auch über den zeitlichen Aufwand, die vorliegende Anonymität, den Aufbau und die Rückgabe des ausgefüllten Fragebogens. Abschließend folgen eine Danksagung für die aktive Mitarbeit sowie ein Hinweis auf den Gebrauch von Personenbezeichnungen. Zuerst werden „Angaben zur Person“ abgefragt. Die Person, die den Fragebogen ausfüllt, wird aufgefordert, anzugeben, ob sie Patient oder Angehöriger ist, welchem Geschlecht sie angehört und wie alt sie ist. Wichtig hierbei ist, dass der Befragte Auskunft über *sein* Geschlecht und *sein* Alter geben soll. Es wird demnach nicht immer nach den Angaben des Patienten gefragt. Diese Tatsache steigert nicht nur den Grad der Anonymität, sondern macht im Ergebnis nachvollziehbar, worauf welches Ge-

schlecht bzw. welche Altersklasse Wert legt. Weiter soll angegeben werden, in welchen Störungsbereich die Behandlung des Patienten fällt und wer die behandelnde Therapeutin ist. Darauf folgen insgesamt 52 Statements, die auf die Themenbereiche „Werbung“, „Termine“, „Raumgestaltung“, „Therapie“ und „Therapeutin“ verteilt sind. Der Themenbereich „Raumgestaltung“ entfällt für Patienten, die zu Hause therapiert werden, da sie die Räumlichkeiten der Logopädiepraxis nicht beurteilen können. Von den 52 Aussagen sind die ersten fünf von den Befragten mit „ja“ oder „nein“ zu beantworten. Es handelt sich hierbei also um „dichotome Aufgaben“ mit zwei Antwortalternativen (vgl. Jonkisz u. a., 2012, S. 48). Für die restlichen 47 Behauptungen stehen die vier Antwortmöglichkeiten „Ich stimme völlig zu“, „Ich stimme ziemlich zu“, „Ich stimme wenig zu“ und „Ich stimme gar nicht zu“ zur Verfügung. Hierbei handelt es sich um Beurteilungsaufgaben, die mit Hilfe einer diskret gestuften, verbalen Ratingskala beantwortet werden sollen (vgl. Jonkisz u. a., 2012, S. 50ff). Differenzierter ausgedrückt, hat sich die Verfasserin für eine vierfach abgestufte, verbale Ratingskala mit unipolarem Merkmal entschieden (vgl. ebd.). Zum Schluss haben die Befragten die Möglichkeit, Anregungen, Anmerkungen und/oder Wünsche, im Rahmen eines freien Antwortformats (vgl. Jonkisz u. a., 2012, S. 40f), zu äußern.

3.4 Pretest

Die Rekrutierung der Probanden für den Pretest erfolgte sowohl durch die Praxisleiterin, als auch durch die Verfasserin selbst. Es gab insgesamt neun Interessenten, die auf Anhieb bereit waren an der retrospektiven Befragung teilzunehmen. Auf Grund von krankheitsbedingten Ausfällen, Ferienzeiten und der begrenzten Projektzeit war die konkrete Terminabsprache und -einhaltung jedoch mit nur noch vier der neun Interessenten möglich. Dies hatte zur Folge, dass sich die Verfasserin ihre Probanden nicht aus einem Pool von Interessenten aussuchen konnte. Die Kriterien Alter, Geschlecht, formale Bildung und das Störungsbild der Patienten musste auf Grund der Probandenzahl außer Acht gelassen werden. Geplant war außerdem, sowohl zwei Patienten, als auch zwei Angehörige an der retrospektiven Befragung teilnehmen zu lassen. Umgesetzt werden konnte dies allerdings nicht. Der Pretest wurde mit den Personen durchgeführt, die die Ein- und Ausschlusskriterien erfüllt haben und im Zeitraum vom 12. bis 30. Dezember zur Verfügung standen. Die nachfolgende Tabelle verschafft einen Überblick über die Probanden und spiegelt die Angaben zur Person wieder, die die Probanden innerhalb des Fragebogens gemacht haben.

Tabelle 6: Übersicht der Pretest-Teilnehmer

	Proband 1	Proband 2	Proband 3	Proband 4
Patient/Angehöriger	Angehörige	Angehörige	Angehörige	Patient
Geschlecht	Weiblich	Weiblich	Weiblich	Männlich
Alter in Jahren	36 – 45	26 – 35	36 – 45	46 – 55
Störungsbereich	Kindersprache	Kindersprache	Stimme	Neurologie
Therapeutin	Frau Brinkmann	Frau Brinkmann	Frau Brinkmann	Frau Quednau- Stademann

Quelle: eigene Darstellung

Die retrospektiven Befragungen von den Probanden 1, 2 und 4 fanden in einem der Therapieräume der Praxis für Logopädie statt. Probandin 3 wurde bei sich zu Hause interviewt, da es sich um eine nahe Angehörige eines Hausbesuch-Patienten handelte. Das Vorgehen war bei allen vier Pretests identisch. Als erstes erläuterte die Verfasserin dem jeweiligen Probanden den Ablauf des Pretests. Daraufhin gab sie den Pre-Fragebogen aus und bat die Person diesen in Ruhe zu bearbeiten. Nach der Bearbeitung folgte die gemeinsame Auseinandersetzung mit jedem einzelnen Themenbereich in Form der retrospektiven Befragung bzw. der in „2.1.4 Pretest“ (s. S. 44ff) aufgeführten Fragen.

Die nachfolgenden Resultate und Zitate der Probanden wurden mit Hilfe des Pretests gewonnen und sind in Tabellen 5 bis 7 im Anhang auf den Seiten 126ff dargestellt. Die Kritikpunkte beziehen sich auf den Pre-Fragebogen, der im Anhang auf den Abbildungen 8 bis 12 (S. 113ff) zu finden ist.

Notiert wurde zunächst, wie viel Zeit die Probanden zum Ausfüllen des Bogens benötigten. Es stellte sich heraus, dass die zuvor von der Verfasserin geschätzte Bearbeitungszeit von „ca. 10 Minuten“ (vgl. Abb. 8 im Anhang S. 113) korrekt war. Probanden 1, 2 und 4 waren nach neun bis elf Minuten mit der Beantwortung fertig (vgl. Tab. 5 im Anhang S. 126). Da für Probandin 3 der „Themenbereich 3: Raumgestaltung“ komplett entfiel, da ihre Angehörige einen Hausbesuch erhält, war sie bereits nach sechs Minuten mit der Bearbeitung fertig (vgl. ebd.).

Die Meinungen der vier Probanden zum Umfang des Pre-Fragebogens ähneln sich. Probandinnen 1 und 3 finden die Länge des Bogens „in Ordnung“ (Probanden 1 u. 3, 2016, Tab. 5 im Anhang S. 126). Dadurch, dass „verschiedene Aspekte und Themenbereiche angesprochen“ (Proband 3, 2016, Tab. 5 im Anhang S. 126) worden sind, ist er „gut machbar“ (ebd.). Auch die „kurzen, knackigen Fragen“ (Proband 1, 2016, Tab. 5 im Anhang S. 126) bzw. Aussagen und die „gleichen Antwortmöglichkeiten“ (ebd.) tragen zur

schnellen und einfachen Bearbeitung bei. Probanden 2 und 4 (2016, Tab. 5 im Anhang S. 126) fanden den Fragebogen zunächst „(eher) zu lang“. Im Verlauf des Interviews korrigierten sie allerdings ihre Aussage, da in ihren Augen kaum ein Item überflüssig war (vgl. ebd.).

Die einleitende Erklärung wurde größtenteils positiv bewertet. Sie ist „ausführlich“ (Proband 4, 2016, Tab. 5 im Anhang S. 126) und „leicht verständlich“ (Proband 1, 2016, Tab. 5 im Anhang S. 126). Enthalten sind das Ziel, die Handhabung und die Abgabe des Fragebogens (vgl. Proband 1 u. 3, 2016, Tab. 5 im Anhang S. 126). Dass zu Beginn sowohl Patienten, als auch Angehörige angesprochen werden, hinterlässt einen positiven Eindruck (vgl. Proband 1, 2016, Tab. 5 im Anhang S. 126). Eher negativ aufgefallen ist die Aufforderung, den Fragebogen „gewissenhaft“ (vgl. ebd.) auszufüllen. Das Wort wirkt ermahnend, da es den Leser an den „erhobenen Zeigefinger“ (vgl. Proband 1, 2016, Tab. 5 im Anhang S. 126) erinnern kann. Aus diesem Grund wird der Begriff im Überarbeitungsprozess gestrichen. Proband 4 schlug zwei sinnvolle Ergänzungen vor. Die erste soll Angehörige auffordern, die schriftliche Befragung „aus Sicht des Patienten auszufüllen“ (vgl. Proband 4, 2016, Tab. 5 im Anhang S. 126). Die Unzufriedenheit von Angehörigen muss nicht mit der des Patienten übereinstimmen. Die zweite Ergänzung betrifft den Bearbeitungszeitraum des Fragebogens (vgl. Proband 4, 2016, Tab. 5 im Anhang S. 126). Bisher ist nirgends vermerkt, wie viel Zeit die Befragten für das Ausfüllen bzw. die Rückgabe haben. Beide Hinweise werden in der Endfassung des Fragebogens berücksichtigt.

Der vierte Diskussionspunkt des Interviews waren die Antwortmöglichkeiten, die den Befragten zur Verfügung stehen. Im Vordergrund stand hierbei die vierstufige, verbale Ratingskala. Alle Probanden beurteilten die Anzahl und die Formulierung der verschiedenen Antwortmöglichkeiten als geeignet (vgl. Probanden 1-4, 2016, Tab. 5 im Anhang S. 126). Da die Formulierung „Ich stimme ziemlich zu“ im Vorfeld strittig war, hakte die Verfasserin hier besonders nach. Die Probanden waren sich jedoch einig, dass die Bezeichnung verständlich und das Wort „ziemlich“ schwer zu ersetzen ist. Aus diesem Grund bleibt dieser Wortlaut bestehen. Lediglich eine Probandin äußerte den Wunsch nach einer Ausweichmöglichkeit wie „Ist mir egal“. Dieser Wunsch wird allerdings nicht in der definitiven Fassung des Fragebogens berücksichtigt, um eine eher positive/negative Antwort vom Befragten zu erhalten.

Die Angaben, die zur eigenen Person gemacht werden sollen, waren für die Probanden angemessen. Ihrer Ansicht nach fehlte kein Aspekt oder war überflüssig (vgl. Probanden 2 u. 3, 2016, Tab. 6 im Anhang S. 127). Probandin 1 (2016, Tab. 6 im Anhang S. 127) war sogar überrascht und äußerte, dass im Vergleich zu anderen Umfragen relativ wenige Informationen abgefragt werden. Alle vier Probanden hatten jedoch Schwierigkeiten die Störung des Patienten in einen der vier vorgegebenen Behandlungsbereiche einzuordnen

(vgl. Probanden 1-4, 2016, Tab. 6 im Anhang S. 127). Eine Umformulierung der möglichen Antworten gestaltet sich schwierig, da sie bereits sehr grob gefasst sind. Eine Ergänzung der Antwortmöglichkeit „Ich weiß es nicht“ könnte dazu führen, dass ein Großteil der Befragten diese Antwort ankreuzt und die Ergebnisse dadurch verzerrt werden. Alle vier Probanden haben die für ihren Fall korrekte Antwort angekreuzt, obwohl sie sich nicht sicher waren. Diese Beispiele zeigen, dass die Hinzunahme der genannten Antwortmöglichkeit nicht sinnvoll wäre. Wie die Probanden 2 und 4 festgestellt haben, reicht es außerdem aus, die Bezeichnung des eigenen Störungsbilds zu kennen (vgl. Probanden 2 u. 4, 2016, Tab. 6 im Anhang S. 127).

Der „Themenbereich 1: Werbung“ war für alle vier Pretest-Teilnehmer verständlich und leicht zu beantworten (vgl. Probanden 1-4, 2016, Tab. 6 im Anhang S. 127). Vor allem Probandinnen 1 und 2 ist der Zusatz in Item 3 aufgefallen. Ihrer Meinung nach wird für den Befragten genau erkennbar, dass dieser nur zu beantworten ist, wenn Item 3 mit „ja“ beantwortet wurde (vgl. Probanden 1 u. 2, 2016, Tab. 6 im Anhang S. 127). Die Items 7 und 8 sind Probandin 2 (2016, Tab. 6 im Anhang S. 127) aus „Telefoninterviews“ bekannt. Probandin 1 (2016, Tab. 6 im Anhang S. 127) hat die Ähnlichkeit dieser beiden Aussagen hervorgehoben und schlug vor, Items 7 und 8 zu kombinieren. Diese Anregung wird für die definitive Fassung des Datenerhebungsinstruments übernommen, indem Item 8 entfernt wird. Item 7 soll lauten „Ich würde Freunden und Bekannten diese Praxis für Logopädie empfehlen, wenn sie ähnliche Hilfe benötigen.“.

Der zweite Themenbereich des Erhebungsinstruments („Termine“) wurde in den vier retrospektiven Befragungen kaum diskutiert, da hierbei, laut den Aussagen der Testteilnehmer, keine Verständnisschwierigkeiten aufgetreten sind (vgl. Probanden 1-4, 2016, Tab. 6 im Anhang S. 127). Als eher überflüssig bzw. selbstverständlich eingestuft wurden Items 13 und 14, die die Pünktlichkeit der Therapeutin und die Absprache von Terminänderungen thematisieren (vgl. Proband 2, 2016, Tab. 6 im Anhang S. 127). Eine negative Itemformulierung (Unpünktlichkeit bzw. unklare Absprachen) hätte wohlmöglich andere Reaktionen hervorgebracht, da negative Ereignisse oft stärker in Erinnerung bleiben als positive. Da dies aus Sicht der Verfasserin jedoch sehr wichtige Aspekte sind, bleiben sie zukünftig, positiv formuliert, im Fragebogen enthalten. Proband 4 (2016, Tab. 6 im Anhang S. 127) benötigte zur Beantwortung von Item 15 etwas länger Zeit, kam aber zu dem Schluss, dass eine evtl. telefonisch erfolgende Terminerinnerung am Tag der Therapie nicht zwingend notwendig ist. Da das längere Überlegen mit den eigenen Bedürfnissen des Probanden und nicht mit fehlenden Antwortmöglichkeiten im Zusammenhang stand, bleibt auch dieses Item in der Endfassung enthalten.

Der dritte Themenbereich des Fragebogens beschäftigt sich mit der Raumgestaltung der logopädischen Praxis. Für Befragte, die/dessen Angehörige zu Hause therapiert werden,

entfällt dieser Teil der Befragung, da sie ihn nicht beurteilen können. Probandin 3 hat, während sie den Bogen ausfüllte, korrekt reagiert und den Themenbereich 3 übersprungen. In der retrospektiven Befragung hat die Verfasserin dennoch die darin enthaltenen Items mit Probandin 3 besprochen, um auch hier vier Meinungen einzuholen. Aus Sicht von Probandin 3 (2016, Tab. 6 im Anhang S. 127) spielt Item 16 keine große Rolle. Da dieser Aspekt für die anderen Probanden und die Verfasserin jedoch von Bedeutung ist, bleibt er im Fragebogen enthalten. Die beiden darauffolgenden Items sind mit Fragezusätzen versehen, die nur zu beantworten sind, wenn das jeweilige Item eher negativ beantwortet wurde. Dass dieses Vorgehen dem Befragten deutlich wird, äußerte Probandin 1 (2016, Tab. 6 im Anhang S. 127). Probanden 2 und 4 (2016, Tab. 6 im Anhang S. 127) haben kritisiert, dass in den Items 16 bis 19 das Wort „Räumlichkeiten“ genutzt wird. So können sie in der Bewertung keine Unterschiede zwischen dem Wartezimmer und dem Therapieraum vornehmen (vgl. ebd.). Auf diesen Kritikpunkt wird in jedem Fall eingegangen, da „doppelte Stimuli“, auch laut der „10 Gebote der Frageformulierung“ (Porst, 2000), vermieden werden sollen (vgl. „2.1.3 Pre-Fragebogen“ ab S. 42). Um dem vierten Gebot nach Porst (2000) gerecht zu werden, werden die Aspekte „farbliche Gestaltung“, „Temperatur“ und „Beleuchtung“ nun jeweils für das Wartezimmer und den Therapieraum abgefragt. Der Gesichtspunkt „freies WLAN“ wird nur noch in Bezug auf das Wartezimmer abgefragt, da die Angehörigen hier auf die Patienten warten und Zeit zur Internetnutzung hätten. Probandin 3 (2016, Tab. 6 im Anhang S. 127) findet freies WLAN im Wartezimmer jedoch überflüssig, da „man [...] ja nicht wegen dem WLAN [kommt]“. In diesem Themenbereich wurden von den Probanden 1, 3 und 4 (2016, Tab. 6 im Anhang S. 127) außerdem Items 25 und 26 bemängelt. Zum einen ähneln sich die Aspekte sehr stark, zum anderen sind sie für Patienten und Angehörige aus Sicht der Probanden schwer zu beurteilen (ebd.). Probandin 3 (2016, Tab. 6 im Anhang S. 127) kommentierte hierzu, dass die Aussage „Je mehr man sieht, desto besser ist es“ nicht immer korrekt ist. Da die Verfasserin jedoch nicht vollständig auf diesen Gesichtspunkt verzichten möchte, bleibt Item 25 bestehen. Item 26 wird aus dem Fragebogen herausgenommen.

In Themenbereich 4 steht die eigentliche Therapie im Vordergrund. Im Rahmen des Interviews haben die Probanden 2 und 3 (2016, Tab. 7 im Anhang S. 128) hierzu auch auf vertiefende Fragen keinerlei Anmerkungen und/oder Anregungen geäußert. Die Therapeutin geht davon aus, dass aus deren Sicht alle relevanten Aspekte vorhanden und verständlich sind. Proband 4 (2016, Tab. 7 im Anhang S. 128) hingegen zweifelt an der Relevanz der Items 33 bis 35: „Ich könnte mir vorstellen, dass nicht immer alle drei Spielarten eingesetzt werden. Das ist nicht immer negativ.“. Das bedeutet, es ist patienten- und störungsbildabhängig, ob Gesellschafts-, Sprachförder- und/oder PC-Spiele eingesetzt werden sollten. Probandin 1 hält die Differenzierung von Sprachförder- und Gesell-

schaftsspielen außerdem für „schwer“ (Probandin 1, 2016, Tab. 7 im Anhang S. 128). Die Verfasserin musste den Probanden 1 und 4 in der Diskussion zustimmen. Vermutlich handelt es sich hierbei um Aspekte, die nur für den Therapeuten von Bedeutung sind. Daher werden diese drei Statements nicht in die definitive Fassung des Datenerhebungsinstruments übernommen.

Themenbereich 5 beinhaltet Aspekte der Patientenzufriedenheit, die die Therapeutin betreffen. Hier haben Probanden 2, 3 und 4 (2016, Tab. 7 im Anhang S. 128) keinerlei negative Kritik geäußert. Sie sind sich einig, dass alle aufgeführten Items verständlich und bedeutungsvoll sind (vgl. ebd.). Probandin 1 hingegen fiel es schwer, Item 49 zu beantworten. Sie hat überlegt, wie der Begriff „angemessen“ in Bezug auf die Unterstützung der Therapeutin zu verstehen ist (vgl. Proband 1, 2016, Tab. 7 im Anhang S. 128). Die Pretest-Teilnehmerin kam zu dem Schluss, dass diese Einschätzung sehr „subjektiv“ (ebd.) ist. Da mittels der schriftlichen Befragung die Meinungen der Patienten eingeholt werden, sind alle gewonnenen Daten subjektiv. Dies sah auch die Probandin ein. Die Verfasserin möchte das Wort „Unterstützung“ dennoch spezifizieren, da sie auf Grund der Rückmeldung von Probandin 1 davon ausgeht, dass dort das Problem liegt. Daher ersetzt sie Item 49 durch die Items „Ich werde/mein Angehöriger wird von der Therapeutin gelobt.“ und „Die Therapeutin motiviert mich/meinen Angehörigen.“. Weiter kritisierte Probandin 1 das 51. Item, in welchem die fachliche Betreuung durch die Therapeutin beurteilt werden soll. Diese Aufgabe schätzt sie für einen Laien als ziemlich schwierig ein (vgl. Proband 1, 2016, Tab. 7 im Anhang S. 128). Als Kompromiss wird dieses Item folgendermaßen umformuliert „Ich fühle mich/mein Angehöriger fühlt sich von der Therapeutin fachlich gut betreut.“. Das Verb „fühlen“ setzt den Befragten nicht so stark unter Druck, was die Beurteilung des Items erleichtert.

Das letzte Item des Fragebogens zur systematischen und kontinuierlichen Erfassung der Patientenzufriedenheit fordert den Befragten auf, Anmerkungen, Anregungen und/oder Wünsche stichpunktartig zu notieren. Dieses eine, offene Item kam bei allen vier Probanden positiv an (vgl. Probanden 1-4, 2016, Tab. 7 im Anhang S. 128). Allerdings hält nur Probandin 2 (2016, Tab. 7 im Anhang S. 128) das Item für gut positioniert. Die anderen Probanden empfehlen, das Item aufzuteilen (Probanden 1, 3, u. 4, 2016, Tab. 7 im Anhang S. 128). Unter jedem Themenbereich sollen zwei Zeilen zur Verfügung stehen, auf denen Anmerkungen, Anregungen und Wünsche festgehalten werden können (ebd.). So vergisst der Befragte nicht, dass diese Möglichkeit besteht und ist gedanklich noch im entsprechenden Themenbereich (vgl. Proband 3 u. 4, 2016, Tab. 7 im Anhang S. 128). Die Autorin hält diese Empfehlung für sinnvoll, weshalb sie übernommen wird. Probandin 1 (2016, Tab. 7 im Anhang S. 128) wünscht sich zudem für Item 41 eine detaillierte Formulierung, da sie sich unsicher war, inwiefern „belasten“ gemeint ist. Aus diesem Grund

wird das Item ergänzt, wodurch sich folgende Aussage ergibt: „Die Aufgaben für zu Hause belasten mich/meinen Angehörigen zeitlich.“.

Schlussfolgernd wird erst durch die Ergebnisse bzw. differenzierten Meinungen der Probanden deutlich, wie wichtig die Durchführung von Pretests für die Entwicklung des Fragebogens sind. So verschieden die einzelnen Probanden sind, so unterschiedlich sind auch die Antworten selbst. Die Probanden eröffneten der Verfasserin einen neuen Blickwinkel auf das Datenerhebungsinstrument, durch den viele Problembereiche aufgedeckt und optimiert werden konnten.

3.5 Vorstellung der endgültigen Fassung des Fragebogens

In diesem Kapitel wird das Arbeitsergebnis der Bachelorarbeit vorgestellt: die definitive Fassung des Fragebogens zur systematischen und kontinuierlichen Erfassung der Patientenzufriedenheit in der logopädischen Praxis. Zu finden ist sie auf den Abbildungen 13 bis 17 im Anhang auf Seiten 118 bis 122.

Die schriftliche Befragung ist möglichst vom Patienten selbst auszufüllen. Er sollte mindestens 16 Jahre alt sein, über ausreichend kognitive Fähigkeiten und Kenntnisse der deutschen Sprache verfügen. Werden diese Einschlusskriterien aus diversen Gründen nicht erfüllt, sollte alternativ ein naher Angehöriger unter Berücksichtigung der Patientensichtweise den Fragebogen beantworten. Für Angehörige gelten dieselben Ein- bzw. Ausschlusskriterien, die bereits in „2.1.4 Pretest“ (s. S. 44) begründet wurden.

Das Arbeitsergebnis umfasst insgesamt zehn Seiten. Gestartet wird mit einer einseitigen, einleitenden Erklärung, die die Patienten und Angehörigen direkt anspricht. Im ersten Absatz werden der Grund und das Ziel des Fragebogens erläutert. Es folgen Hinweise auf den Bearbeitungszeitraum von ca. 10 Minuten und die gegebene Anonymität der Daten. Im dritten Abschnitt wird auf den Aufbau, die Beantwortung und die Rückgabe(-frist) des Datenerhebungsinstruments eingegangen. Abschließend wird sich im Vorfeld bei den Befragten für die Teilnahme bedankt.

Als Erstes werden die Befragten aufgefordert, Angaben über ihre Person zu machen. Dazu gehört zunächst die Auskunft darüber, ob ein Patient oder dessen Angehöriger die Befragung ausfüllt. Weiter wird nach dem Geschlecht, der Altersgruppe, dem Störungsbereich und der behandelnden Therapeutin gefragt.

Nach den Personenangaben folgen die fünf Themenbereiche „Werbung“, „Termine“, „Raumgestaltung“, „Therapie“ und „Therapeutin“, auf die insgesamt 51 Aussagen verteilt sind. Die Statements sollen von den Befragten mit Hilfe verschiedener Skalen beurteilt

werden. Nach jedem Themenbereich besteht für die Patienten/Angehörigen die Möglichkeit „Anregungen, Anmerkungen und/oder Wünsche“ stichpunktartig zu notieren.

Themenbereich 1: Werbung enthält sieben Items, von denen die ersten fünf mit „ja“ oder „nein“ zu beantworten sind. Es handelt sich hierbei um nominalskalierte Daten mit dichotomem Antwortformat. In Statement drei wird behauptet, dass der Befragte den Flyer der Praxis für Logopädie kennt. Nur wenn die Behauptung bejaht wird, soll zusätzlich angegeben werden, ob der Flyer ansprechend ist, oder nicht. Die letzten beiden Items des Themenbereichs „Werbung“ sind, wie die restlichen Items des gesamten Fragebogens, ordinalskaliert und mittels einer vierfach abgestuften, verbalen Ratingskala zu beantworten. Zur Verfügung stehen den Befragten die Antworten „Ich stimme völlig zu“, „Ich stimme ziemlich zu“, „Ich stimme wenig zu“ und „Ich stimme gar nicht zu“. Wie aus der Anzahl der Antworten und deren Formulierungen hervor geht, ist keine neutrale Mittelkategorie vorhanden, sodass entweder eine eher positive oder eine eher negative Antwort gegeben werden muss. Themenbereich zwei „Termine“ enthält ebenfalls sieben Items. Der dritte Themenbereich beschäftigt sich mit Aspekten der „Raumgestaltung“. Hier sind 15 Items zum Wartezimmer, Therapieraum und den sanitären Anlagen zu bewerten. Werden die Statements, die sich mit der Raumtemperatur und der Beleuchtung befassen eher negativ bewertet, ist zusätzlich zu beantworten, ob es zu kalt/warm bzw. zu hell/dunkel ist. Für Patienten, die zu Hause therapiert werden bzw. deren Angehörige entfällt dieser Themenbereich komplett, da sie ihn nicht beurteilen können. Ebenfalls 15 Items umfasst der Themenbereich „Therapie“. Genau wie Themenbereiche 1 und 2 des Fragebogens enthält auch die Kategorie „Therapeutin“ sieben Items.

Abschließend wird sich bei den Teilnehmern für ihre Zeit und Bemühungen bedankt.

Wie die endgültige Fassung des Fragebogens zur systematischen und kontinuierlichen Erfassung der Patientenzufriedenheit in der logopädischen Praxis ausgewertet und implementiert wird, ist in Kapitel „3.1.2.1 Geplante Auswertung und Implementierung“ (ab S. 61) nachzulesen.

4 Diskussion

Ziel dieser Bachelorarbeit war es, einen Fragebogen zur systematischen und kontinuierlichen Erfassung der Patientenzufriedenheit in einer logopädischen Praxis zu entwickeln. Die schriftliche Befragung wurde dabei speziell auf die Logopädiepraxis ausgerichtet, in der die Verfasserin tätig ist. Dieses Projekt stellt für die betreffende Einrichtung die erste Maßnahme zur Implementierung eines Qualitätsmanagements dar.

In diesem Kapitel werden die Methoden und Ergebnisse der Bachelorarbeit kritisch betrachtet, indem mögliche Optionen der Weiterentwicklung und Gütekriterien des Fragebogens diskutiert werden. Den Abschluss der Arbeit bildet das Fazit.

4.1 (Weiter-)Entwicklung des Fragebogens

Im Folgenden wird nicht nur das Vorgehen bei der Entwicklung des Fragebogens zur systematischen und kontinuierlichen Erfassung der Patientenzufriedenheit diskutiert, sondern auch Weiterentwicklungsmöglichkeiten vorgestellt.

Zunächst steht das Vorgehen der *Itemgenerierung* im Zentrum der Diskussion. Die Verfasserin hat sich dafür entschieden, die Aspekte der schriftlichen Befragung gemeinsam mit der Praxisleiterin im Rahmen zweier Teamdiskussionen zu generieren. Auf diese Art und Weise wurde sichergestellt, dass die Interessenbereiche der Praxisinhaberin und Autorin vertreten sind und der Fragebogen auf die Bedürfnisse der Praxis abgestimmt ist. Weiter wurde nach bereits existierenden Fragebögen zur Erfassung der Patientenzufriedenheit recherchiert. Die ausfindig gemachten Bögen wurden gesichtet, ausgewertet und gewinnbringende Items wurden gesammelt. Aus diesen Daten hat die Verfasserin das eigene Datenerhebungsinstrument entwickelt. Eine weitere, zusätzliche Möglichkeit wäre gewesen, die Patienten- und Angehörigen in die Itemgenerierung mit einzubeziehen. Beispielsweise hätten Patienten und Angehörige im Rahmen eines kurzen Interviews berichten können, welche Aspekte für sie bei der logopädischen Behandlung eine wichtige Rolle spielen.

Weiter ist das Vorgehen bei der *Pretestung* diskussionsbedürftig. Die Anzahl der retrospektiven Befragungen musste auf Grund der zeitlichen Einschränkungen der Bachelorarbeit auf insgesamt vier Personen begrenzt werden. Hinzu kommt, dass die Gruppe der Pretest-Teilnehmer infolge des allgemein kleinen Interessentenpools und einiger krankheitsbedingter Ausfälle nicht sehr vielschichtig war. Es wurden drei Frauen befragt, die ca. der gleichen Altersgruppe angehörten. Nur eine der vier Teilnehmerinnen war selbst Patientin in der Praxis für Logopädie – die anderen drei sind Angehörige von Patienten. In

einem längeren Pretestungszeitraum hätte adäquat auf krankheitsbedingte Probandenausfälle reagiert werden können, indem die Probanden nach ihrer Genesung interviewt worden wären. Im Ergebnis hätten dadurch auch insgesamt mehr Pretests durchgeführt werden können.

Wie bereits in Kapitel „2.1.4 Pretest“ (s.S. 44ff) erwähnt, existieren weitere Methoden zur Erprobung des Fragebogens. Dazu zählt beispielsweise der Einsatz von „kognitiven Interviews“ (vgl. Prüfer u. Rexroth, 2005). Ziel der Interviews ist es, herauszufinden, wie die befragten Personen einzelne Items der schriftlichen Befragung auffassen und interpretieren (vgl. ebd.). Diese Pretest-Methode würde die retrospektiven Befragungen aus Sicht der Autorin sinnvoll ergänzen, da sie noch detailliertere Informationen hervorbringen würde. Aus Mangel an Zeit wurde jedoch nicht auf die kognitiven Techniken zurückgegriffen. Kelava und Moosbrugger (2012, S. 76) sind darüber hinaus der Meinung, dass die Items des entwickelten Fragebogens zusätzlich einer „*deskriptivstatistischen Evaluation*“ bzw. „Itemanalyse“ unterzogen werden müssen. Die nachfolgend aufgelisteten Schritte sind Teil dieser Itemanalyse (ebd.):

→ „*Analyse der Itemschwierigkeiten*“

→ „*Bestimmung der Itemvarianzen*“

→ „*Trennschärfeanalyse der Items*“

→ „*Itemselektion und Testversion*“

→ „*Testwertermittlung*“

→ „*Bestimmung der Testwertverteilung und ggf. Normalisierung*“

Mit Hilfe der Ergebnisse dieser Untersuchungsschritte lässt sich die Qualität des gesamten Datenerhebungsinstruments beurteilen (vgl. Kelava u. Moosbrugger, 2012, S. 76). Erst nach der deskriptivstatistischen Evaluation kann eine „tragfähige“ Version des Fragebogens erstellt werden (vgl. ebd.). Die deskriptivstatistische Evaluation würde den zeitlichen und inhaltlichen Rahmen der Bachelorarbeit sprengen. Eine solch detaillierte Itemanalyse könnte jedoch Inhalt einer weiterführenden wissenschaftlichen Arbeit werden.

Der entwickelte Fragebogen zur systematischen und kontinuierlichen Erfassung der Patientenzufriedenheit in der logopädischen Praxis sollte zukünftig einigen Weiterentwicklungsmaßnahmen unterzogen werden.

Das Datenerhebungsinstrument hat seinen Einsatzbereich in der logopädischen Praxis. Das bedeutet, es sollte nicht nur speziell auf die Praxis, sondern auch auf die Patienten abgestimmt sein. Es handelt sich bei den Patienten und Angehörigen um eine äußerst heterogene Gruppe. Menschen aller Altersklassen und Nationen können vertreten sein. Je nach Störung unterscheiden sich zusätzlich die sprachlichen und kognitiven Fähigkeiten der Patienten stark. Zum einen wäre es daher sinnvoll, eine Fragebogenversion zu

entwickeln, in der die *sprachlichen Anforderungen geringer* sind, als in der jetzigen Version. Die vereinfachte Version würde nicht nur Kindern unter 16 und Aphasikern entgegenkommen, sondern auch Menschen, die die deutsche Sprache nicht ausreichend beherrschen. Kinder im Grundschulalter und Aphasiker könnten den Fragebogen selbst ausfüllen und müssten nicht ihre Angehörigen damit beauftragen. Des Weiteren müssten Personen, die nur über unzureichende Deutschkenntnisse verfügen, nicht von der Befragung ausgeschlossen werden. Ein positiver Nebeneffekt wäre, dass auf diese Weise mehr Patientenmeinungen eingeholt werden könnten. Für die Entwicklung einer vereinfachten Fragebogenversion wäre der Einsatz „leichter Sprache“ (vgl. Netzwerk Leichte Sprache e.V., 2017) denkbar. Leichte Sprache meint u. a. die Verwendung kurzer, einfacher, gleicher und bekannter Wörter, genaue Beschreibungen sowie kurze, positive Formulierungen (vgl. ebd.). Helfen könnten in diesem Zusammenhang auch optische oder symbolische Antwortskalen, beispielsweise in Form von Smileys.

Zum anderen bietet es sich an, den entwickelten und/oder vereinfachten Fragebogen in *verschiedene Sprachen* übersetzen zu lassen. So könnte der Anteil an ausländischen Patienten bzw. deren Angehörige stärker mit einbezogen werden. Interessant wäre außerdem die Frage, ob nationalitätsbedingte Unterschiede in den Bewertungen deutlich werden. Welche Sprachen konkret vertreten sein sollten, müsste zukünftig mit der Praxisleiterin abgestimmt werden.

Eine zusätzliche Weiterentwicklungsoption stellt ein *Online-Fragebogen* dar. Es wäre möglich, sowohl den entwickelten und den vereinfachten Fragebogen, als auch die übersetzten Versionen auf der Homepage der Praxis für Logopädie zu integrieren. So hätten technikbegeisterte Patienten und Angehörige die Möglichkeit, den Fragebogen online auszufüllen. Den Fragebogen online auszufüllen könnte das Interesse der Menschen steigern. Wichtig ist jedoch, dass die paper-pencil Version erhalten bleibt, da nicht alle Patienten und Angehörigen über einen Internetzugang und entsprechende Kenntnisse verfügen.

4.2 Gütekriterien

Im Entwicklungsverlauf des Fragebogens zur systematischen und kontinuierlichen Erfassung der Patientenzufriedenheit in der logopädischen Praxis wurden Gütekriterien bisher gänzlich außer Acht gelassen. Daher folgt an dieser Stelle eine Skizzierung der Hauptgütekriterien inklusive Bezugnahme auf den in der Bachelorarbeit entwickelten Fragebogen zur Patientenzufriedenheit.

Hauptgütekriterien geben Auskunft darüber, ob „... [Fragebögen] für den Untersuchungszweck geeignet [sind]“ (Rammstedt, 2004, S. 2). Das Erfüllen von Gütekriterien ist also ein wichtiges Qualitätskriterium für ein Datenerhebungsinstrument (vgl. ebd.). Unterschieden werden die drei Hauptgütekriterien „Objektivität“, „Reliabilität“ und „Validität“, die wiederum in verschiedene Faktoren gegliedert werden können (vgl. Rammstedt, 2004, S. 2).

Bei der *Objektivität* wird sich mit der Frage beschäftigt, ob sowohl die Durchführung und Auswertung des Fragebogens, als auch die Interpretation der Resultate unabhängig vom Untersuchenden ist (vgl. ebd., S. 2ff).

Die Durchführungsobjektivität der schriftlichen Befragung ist gegeben, da den Patienten/Angehörigen im Rahmen der einleitenden Erklärung eine deutliche Bearbeitungsanleitung aufgezeigt wird (vgl. Rammstedt, 2004, S. 24).

Den Befragten wird im Datenerhebungsinstrument neben den geschlossenen Antwortformaten, d.h. den Nominal- und Ordinalskalen, auch die Möglichkeit gegeben Anmerkungen, Anregungen und/oder Wünsche stichpunktartig zu notieren. Laut Rammstedt (2004, S. 24) bedeutet dies, dass die Auswertungsobjektivität nicht gegeben ist. In Hinblick auf sie fordert die Autorin „ausschließlich geschlossene Antwortformate“ (ebd.). Das bedeutet, nur die nummerierten Items des Fragebogens erfüllen die Auswertungsobjektivität. Zukünftig bleibt abzuwarten, ob die Optionen der offenen Antwortformate überhaupt von den Befragten genutzt werden. Die vier Probanden des Pretests nahmen diese Chance beispielsweise nicht wahr.

Es liegt zudem keine erhebliche Interpretationsobjektivität vor, da „... Vergleichswerte wie Mittelwerte und Standardabweichungen sowie Konfidenzintervalle ...“ nicht bestehen. In Abstimmung mit der Praxisinhaberin wurden einzig Qualitätskennzahlen festgelegt (vgl. „3.1.2.1 Geplante Auswertung und Implementierung“, ab S. 61). Diese helfen bei der Interpretation der Häufigkeitsverteilungen, die wiederum durch die Auszählung der Fragebogenresultate in Excel ersichtlich geworden sind.

Die *Reliabilität* beschäftigt sich mit der „Genauigkeit“ der Messung, auch in Hinblick auf Messwiederholungen (vgl. Rammstedt, 2004, S. 5ff).

Eine Aussage über die Reliabilität des entwickelten Instruments kann nicht getroffen werden. Dazu hätte eine sogenannte „Reliabilitätsbestimmung“ (Rammstedt, 2004, S. 24), beispielsweise in Form eines „Retests“ (ebd., S. 6f), stattfinden müssen. Beim Retest wird eine kleine Probandengruppe (Stichprobe) aufgefordert, den Fragebogen zwei Mal innerhalb eines bestimmten Intervalls auszufüllen (vgl. Rammstedt, 2004, S. 6f). Wie groß der Abstand zwischen den Durchführungszeitpunkten ist, hängt dabei vom zu messenden Merkmal ab (vgl. ebd.). Wichtig ist, die Erinnerung an den ersten Durchgang möglichst

gering zu halten und die Bögen am Ende miteinander zu korrelieren (vgl. Rammstedt, 2004, S. 6f). Je näher der errechnete Korrelationskoeffizient an 1 liegt, desto höher ist die Reliabilität (vgl. ebd.).

Die *Validität* gibt an, ob mit dem Datenerhebungsinstrument tatsächlich das gemessen wird, was gemessen werden soll (vgl. Rammstedt, 2004, S. 16). Rammstedt (2004, S. 16) ist der Meinung, dass dieses Hauptgütekriterium bei „Objektive[n] und zuverlässige[n] Verfahren“ nicht zwangsweise erfüllt sein muss.

Die zur Validitätsbestimmung empfohlene Faktorenanalyse zur Kontrolle der dimensionalen Skalenstruktur wurde nicht durchgeführt (vgl. ebd., S. 24). Da eine ausführliche Beschreibung dieser Vorgehensweise an dieser Stelle den Rahmen sprengen würde, wird lediglich auf Rammstedts Werk von 2004 verwiesen.

Um dennoch einen gewissen Grad an Validität zu gewährleisten, wurden in der ersten Teamdiskussion zunächst mögliche Themenbereiche des Fragebogens generiert. Es folgte eine detaillierte Auseinandersetzung mit bereits existierenden Fragebögen zur Patientenzufriedenheit sowie eine zweite Teamdiskussion, in der Items ausselektiert, ergänzt und spezifiziert worden sind. Weiter wurde der daraufhin erstellte Pre-Fragebogen einem Pretest unterzogen. Die retrospektive Befragung der vier Probanden half dabei, Verständnisprobleme und sonstige Schwierigkeiten des Fragebogens sowie fehlende und überflüssige Aspekte der Patientenzufriedenheit zu ermitteln.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der entwickelte Fragebogen zur systematischen und kontinuierlichen Erfassung der Patientenzufriedenheit gewisse Objektivitäts- und Validitätskriterien erfüllt. Um differenzierte Aussagen über das Qualitätskriterium der Güte treffen zu können, sollte der Fragebogen zukünftig entsprechenden Überprüfungsverfahren unterzogen werden.

4.3 Fazit

Die Entwicklung des Fragebogens zur systematischen und kontinuierlichen Erfassung der Patientenzufriedenheit in der logopädischen Praxis war ein langwieriger und umfassender Prozess. Nun liegt ein Datenerhebungsinstrument vor, welches speziell auf die Bedürfnisse der betreffenden logopädischen Praxis abgestimmt ist.

Bisher ist die vollständige Integration des Fragebogens jedoch nur Theorie. Die tatsächliche Implementierung erfolgt erst nach Abgabe der Bachelorarbeit. Die Fragebögen müssen nicht nur regelmäßig an die Patienten ausgegeben, sondern im Verlauf auch ausge-

wertet werden. In einer Teamsitzung werden die jeweils gewonnenen Ergebnisse diskutiert, bevor die Logopädinnen daraufhin gemeinsam nach Lösungen für mögliche Problembereiche suchen. Wichtig hierbei ist, sich an die geplanten Abläufe zu halten und den kontinuierlichen Kreislauf des QM nicht zu vergessen. Die Optimierung der Patientenbetreuung ist kein einmaliges Ereignis. Es handelt sich um einen fortlaufenden Verbesserungsprozess, der im Sinne des QM stetig kontrolliert werden muss.

Jedoch wird auch durch die Integration des entwickelten Fragebogens in den Arbeitsalltag der Logopädiepraxis kein gesamtes, sondern nur ein kleiner Teil eines QMS implementiert. Um weiterführende, qualitätssichernde Maßnahmen vollziehen zu können, wäre es sinnvoll, zukünftig ein bestimmtes QMS in die Logopädiepraxis zu integrieren. Hierfür würde sich das QMS des dbl eignen. Dies ist mit einigen Kosten verbunden, da es u. a. die Anschaffung des QMS des dbl und den Besuch der dazugehörigen Fortbildung bedeuten würde. Welche Schritte dahingehend unternommen werden, muss innerhalb des Teams abgesprochen werden. Für die Einführung eines QMS ist außerdem wichtig, dass die Praxisleiterin und die Verfasserin gemeinsam an einem Strang ziehen. Das bedeutet, sie sollten ähnliche Weg- und Zielvorstellungen haben, die u. a. Teamarbeit, häufige und detaillierte Selbstreflexionen sowie einen hohen Grad an Professionalität erfordern. So können die Logopädinnen im Verlauf selbst Zufriedenheit in Hinblick auf die eigene Arbeit erlangen. Die Mitarbeiterzufriedenheit ist wiederum notwendig, um die Arbeitsmotivation nicht zu verlieren und den kontinuierlichen Verbesserungskreislauf aufrecht zu erhalten. Daher sind zufriedene Mitarbeiter ebenso wichtig, wie zufriedene Patienten.

Zum Schluss stellt sich die Frage, in wie weit der entwickelte Fragebogen zur Patientenzufriedenheit auf andere therapeutische Einrichtungen, insbesondere Logopädiepraxen, übertragbar ist. Eine 1:1 Übertragung ist weder in physio- oder ergotherapeutische Einrichtungen, noch in logopädische Praxen möglich. Um das Datenerhebungsinstrument in anderen therapeutischen Praxen einsetzen zu können, müsste eine mehr oder weniger umfangreiche Anpassung an die jeweilige Einrichtung stattfinden. Die Anpassung betrifft zum einen die schriftliche Befragung an sich, d.h. die einleitende Erklärung und die Items. Beispielsweise müssten der Praxisname und die Namen der behandelnden Therapeuten geändert werden. Auch sollte darauf geachtet werden, dass alle Interessenbereiche abgedeckt werden. Zum anderen sollte jede Praxis für sich über die Auswertung und Implementierung entscheiden. Hier müssten u. a. die Qualitätskennzahlen und die Handhabung der Fragebogen-Rückgabe individualisiert werden. Das bedeutet, der vorliegende Fragebogen zur systematischen und kontinuierlichen Erfassung der Patientenzufriedenheit kann als Vorlage oder Orientierungshilfe dienen, jedoch nicht übernommen werden, da er angepasst werden sollte. Wie Teilschritte des Individualisierungs- bzw. Anpassungsprozesses gestaltet werden können, zeigt diese Bachelorarbeit.

Durch die aufgeführte methodische Vorgehensweise bei der Entwicklung des Datenerhebungsinstruments konnten viele signifikante Parameter der Patientenzufriedenheit in der schriftlichen Befragung berücksichtigt werden. Darunter fallen beispielsweise das Therapeutenverhalten, Therapieabläufe und räumliche Gegebenheiten. Patienten und deren Angehörige haben dank des Arbeitsergebnisses die Möglichkeit, sowohl negative, als auch positive Kritik anonym zu äußern. Der entwickelte Fragebogen zur systematischen und kontinuierlichen Erfassung der Patientenzufriedenheit bildet eine solide Grundlage für die Arbeitsoptimierung in der Praxis für Logopädie von Frau Quednau-Stademann. Somit wurde das Ziel dieser Bachelorarbeit erreicht.

Literaturverzeichnis

Barsalou, M. (2017): PDCA – Plan-Do-Check-Act. Carl Hanser Verlag GmbH & Co. KG., München. URL: <https://www.qz-online.de/qualitaets-management/qm-basics/methoden/qualitaetswerkzeuge/artikel/pdca-plan-do-check-act-722348.html> (letzter Zugriff am 17.01.17).

Barth, D. (1999): Mediziner-Marketing. Vom Werbeverbot zur Patienteninformation. Eine rechtsvergleichende und interdisziplinäre Studie zur Kommunikation zwischen Patienten und Ärzten. Berlin, Heidelberg, New York, Barcelona, Hong Kong, London, Mailand, Paris, Singapur, Tokio. Springer.

Becker, P. (2006): Prozessorientiertes Qualitätsmanagement. Nach der Ausgabe Dezember 2000 der Normenfamilie DIN EN ISO 9000 – Zertifizierung und andere Managementsysteme. 5. Auflage. Renningen. Expert Verlag.

Beushausen, U. und Grötzbach, H. (2011): Evidenzbasierte Sprachtherapie. Grundlagen und Praxis. München. Elsevier GmbH, Urban & Fischer Verlag.

Bitzer, E. M.; Dierks, M.-L. und Schwartz, F.-W. (2002): ZAP Fragebogen zur Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung – Qualität aus Patientenperspektive. Handanweisung. Hannover. Medizinische Hochschule. Hannover. URL: https://www.mh-hannover.de/fileadmin/institute/epidemiologie/epi/Arbeitsschwerpunkte/Patienten_und_Konsumenten/downloads/zap_manual_2002.pdf (letzter Zugriff am 02.12.16).

Bortz, J. und Döring, N. (2006): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. 4., überarbeitete Auflage. Heidelberg. Springer Medizin Verlag.

Brand, T. (2005): Qualitätsmanagement in der Rehabilitation. In: C.-W. Wallesch [Hrsg.]: Neurologie. Diagnostik und Therapie in Klinik und Praxis. München, Jena. Elsevier, Urban & Fischer Verlag. S. 1247-1254.

Bruhn, M. (2000): Grundlagen der Dienstleistungsqualität. Qualitätssicherung im Dienstleistungsmarketing – eine Einführung in die theoretischen und praktischen Probleme. In: Bruhn, M. und Stauss, B. [Hrsg.]: Dienstleistungsqualität. Konzepte – Methoden – Erfahrungen. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Wiesbaden. Gabler.

Bruhn, M. (2003): Qualitätsmanagement für Dienstleistungen. Grundlagen, Konzepte, Methoden. 4., verbesserte Auflage. Berlin, Heidelberg. Springer Verlag.

Bruhn, M. (2008): Qualitätsmanagement für Dienstleistungen. Grundlagen, Konzepte, Methoden. 7., überarbeitete und erweiterte Auflage. Berlin, Heidelberg. Springer Verlag.

Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) (2016): § 630 f Dokumentation der Behandlung. 77., überarbeitete Auflage. Stand: 15. Januar 2016. München. dtv Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2017a): Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) § 135a Verpflichtung der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung. URL: http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/___135a.html (letzter Zugriff am 12.01.17).

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2017b): Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) § 125 Rahmenempfehlungen und Verträge. URL: http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/___125.html (letzter Zugriff am 12.01.17).

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2017c): Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) § 2 Leistungen. URL: http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/___2.html (letzter Zugriff am 12.01.17).

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2017d): Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) § 302 Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer. URL: http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/___302.html (letzter Zugriff am 12.01.17).

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2017e): Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) § 71 Beitragssatzstabilität. URL: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/___71.html (letzter Zugriff am 12.01.17).

Bundesministerium für Gesundheit (2017): Gesundheitsberufe – Allgemein. URL: <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitsberufe/gesundheitsberufe-allgemein.html> (letzter Zugriff am 12.01.17).

Cleary, P. D. und McNeil, B. J. (1988): Patient Satisfaction as an Indicator of Quality Care. In: Inquiry, Volume 25, pp. 25-36. Blue Cross and Blue Shield Association.

Cox, K.; Bergen, A.; Norman, I. J. (1993): Exploring consumer views of care provided by the Macmillan nurse using the critical incident technique. In: Journal of Advanced Nursing 18, pp. 408-415.

Decker, P. (2010): Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur Patientenzufriedenheit in der stationären Psychotherapie/Psychosomatik. München. Ludwig-Maximilians-Universität. Philosophie. München. Inaugural-Dissertation. S. 145ff. URL: https://edoc.ub.uni-muenchen.de/12759/1/Decker_Petra_Ursula.pdf (letzter Zugriff am 20.01.17).

Decker, P.; Möller-Leimkühler, A.M.; Zaudig, M. (2010): Münchener Fragebogen zur Behandlungsbewertung von Patienten in der stationären Psychotherapie/Psychosomatik (MFBP-18). In: Decker, P. (2010): Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur Patientenzufriedenheit in der stationären Psychotherapie/Psychosomatik. München. Ludwig-Maximilians-Universität. Philosophie. München. Inaugural-Dissertation. S. 145ff. URL: https://edoc.ub.uni-muenchen.de/12759/1/Decker_Petra_Ursula.pdf (letzter Zugriff am 20.01.17).

Dehn-Hindenberg, A. (2008): Patientenbedürfnisse in der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie. Idstein. Schulz-Kirchner Verlag GmbH.

Dellmann, K. (2002): Kennzahlen und Kennzahlensysteme. In: Küpper, H.-U. und Wagenhofer, A. [Hrsg.]: Handwörterbuch Unternehmensrechnung und Controlling. 4., völlig neu gestaltete Auflage. Stuttgart. Schäffer-Poeschel. S. 940-950.

Deutsche Gesellschaft für Qualität e.V. [Hrsg.] (1990): Qualitätskennzahlen (QKZ) und Qualitätskennzahlensysteme. 2. Auflage. Berlin. Beuth.

Deutsche Gesellschaft für Qualität e.V. [Hrsg.] (2016): Qualitätsmanagement in der sozialen Dienstleistung. Nützlich – lebendig – unterstützend. Weinheim und Basel. Beltz Verlag.

Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbf) (2012): QM-Musterhandbuch für die Logopädische Praxis. Version 3.0. Frechen, Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V..

Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbf) (2017a): Fragen und Antworten zu Ausbildung, Studium und Beruf. URL: <https://www.dbf-ev.de/bildung-und-wissenschaftsfoerderung/ausbildung-und-studium/faq.html> (letzter Zugriff am 20.01.17).

Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbf) (2017b): Rahmenempfehlung über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln gemäß § 125 Abs. 1 SGB V für den Bereich Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie in der Fassung vom 01.07.2013 zwischen dem GKV-Spitzenverband und den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer auf der Bundesebene im Bereich Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie. Zugriff über URL: <http://www.dbf-ev.de/bildung-und-wissenschaftsfoerderung/fort-und-weiterbildung/fortbildungspflicht.html> (letzter Zugriff am 12.01.17).

Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbf) (2017c): Rahmenempfehlung über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln gemäß § 125 Abs. 1 SGB V für den Bereich Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie in der Fassung vom 01.07.2013 zwischen dem GKV-Spitzenverband und den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer auf der Bundesebene im Bereich Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie. Anlage 2: Fortbildung im Bereich Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie in der Fassung vom 01.07.2013. Zugriff über URL: <http://www.dbf-ev.de/bildung-und-wissenschaftsfoerderung/fort-und-weiterbildung/fortbildungspflicht.html> (letzter Zugriff am 12.01.17).

Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbf) (2017d): Qualitätssicherung in der Organisation logopädischer Arbeit. Zugriff über URL: <https://www.dbf-ev.de/der-dbf/qualitaetsmanagement/qualitaets-sicherung-in-der-organisation-logopaedischer-arbeit.html> (letzter Zugriff am 12.01.2017).

Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl) (2017e): Diagnostikstandards und Leitfäden des dbl. Zugriff über URL: <https://www.dbl-ev.de/der-dbl/qualitaetsmanagement/qualitaetssicherung-in-diagnostik-und-therapie/diagnostikstandards-des-dbl.html> (letzter Zugriff am 12.01.17).

Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl) (2017f): Dokumentationsleitlinien. URL: <https://www.dbl-ev.de/der-dbl/qualitaetsmanagement/qualitaetssicherung-in-diagnostik-und-therapie/dokumentationsleitlinien.html> (letzter Zugriff am 12.01.17).

Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl) (2017g): DBL Qualitätsmanagement Handbuch auf USB Stick. URL: <https://www.dbl-ev.de/service/shop/dbl-publikationen/publikationen-einzelansicht.html?productId=886> (letzter Zugriff am 12.01.17).

Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl) (2017h): dbl-Qualitätsmanagement-System. URL: <http://www.dbl-ev.de/der-dbl/qualitaetsmanagement/qualitaetssicherung-in-der-organisation-logopaedischer-arbeit/dbl-qualitaetsmanagement-system.html> (letzter Zugriff am 12.01.17).

Dietzel, C. B. (2009): Entwicklung eines Fragebogens zur Patientenzufriedenheit in der stationären Psychotherapie. Marburg. Philipps-Universität. Fachbereich Medizin. Marburg. Inaugural-Dissertation. URL: <http://archiv.ub.uni-marburg.de/diss/z2009/0689/pdf/dcbd.pdf> (letzter Zugriff am 20.01.17).

DIN EN ISO 8402 (1995): Qualitätsmanagement – Begriffe. (ISO 8402:1994); Dreisprachige Fassung EN ISO 8402:1995. Normenausschuss Qualitätsmanagement, Statistik und Zertifizierungsgrundlagen (NQSZ) im DIN. Berlin. Beuth Verlag GmbH.

DIN EN ISO 9000 (2005): Qualitätsmanagementsysteme – Grundlagen und Begriffe (ISO 9000:2005); Dreisprachige Fassung EN ISO 9000:2005. Normenausschuss Qualitätsmanagement, Statistik und Zertifizierungsgrundlagen (NQSZ) im DIN. Berlin. Beuth Verlag GmbH.

Duden (2017a): Wörterbuch "Qualität". URL: <http://www.duden.de/rechtschreibung/Qualitaet> (letzter Zugriff am 12.01.17).

Duden (2017b): Wörterbuch „inhärent“. URL:

<http://www.duden.de/rechtschreibung/inhaerent> (letzter Zugriff am 12.01.17).

Duden (2017c): Wörterbuch „Management“. URL:

<http://www.duden.de/rechtschreibung/Management> (letzter Zugriff am 12.01.17).

Duden (2017d): Wörterbuch „System“. URL:

<http://www.duden.de/rechtschreibung/System> (letzter Zugriff am 12.01.17).

Duden (2017e): Wörterbuch „Patient“. URL: <http://www.duden.de/rechtschreibung/Patient> (letzter Zugriff am 12.01.17).

Duden (2017f): Wörterbuch „zufrieden“. URL:

<http://www.duden.de/rechtschreibung/zufrieden> (letzter Zugriff am 12.01.17).

Eicher, I. (2009): Sprachtherapie planen, durchführen, evaluieren. München, Basel. Ernst Reinhardt Verlag.

Erzberger, C.; Derivaux, J. C.; Ruhstrat, E.-U. (1989): Der zufriedene Patient? Die auffallend positive Bewertung von Krankenhausleistungen durch die Patienten. Ein Erklärungsversuch aus sozialpsychologischer Sicht. In: Medizin, Mensch, Gesellschaft. Band 14. Heft 2. S. 140-145.

Fitzpatrick, R. (1991): Surveys of patient satisfaction: I – Important general considerations. BMJ. Volume 302.

Flick, U. (2016): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. 7. Auflage. Rowohlt's Enzyklopädie. Reinbek bei Hamburg. Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Freise, D. C. (2003): Teilnahme und Methodik bei Patientenbefragungen. Sankt Augustin. Asgard-Verlag.

Fuchs-Heinritz, W. und Barlösius, E. (2007): Lexikon zur Soziologie. 4., grundlegend überarbeitete Auflage. Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2017): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/HeilM-RL) in der Fassung vom 20. Januar 2011 / 19. Mai 2011, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2011; Nr. 96 (S. 2247). In Kraft getreten am 1. Juli 2011. Zuletzt geändert am 19. Mai 2016, BAnz AT 10.08.2016 B2. In Kraft getreten am 1. Januar 2017. URL: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1283/HeilM-RL_2016-05-19_iK-2017-01-01.pdf (letzter Zugriff am 11.01.2017).

GKV-Spitzenverband (2012): Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes gemäß §124 Abs. 4 SGB V zur einheitlichen Anwendung der Zulassungsbedingungen nach §124 Abs. 2 SGB V für Leistungserbringer von Heilmitteln, die als Dienstleistung an Versicherte abgegeben werden (Zulassungsempfehlungen) in der Fassung vom 01.03.2012. URL: http://www.bundesverband-klinische-linguistik.de/pdf/Heilmittel_Zulassungsempfehlungen_01-03-2012_19121.pdf (letzter Zugriff am 20.01.17).

GKV-Spitzenverband (2017a): GKV-Heilmittel-Informationssystem. Heilmittel-Schnellinformation nach § 84 Abs. 5 i.V. m. Abs. 8 SGB V. Bundesbericht Januar – Juni 2016. Stand: 01.11.2016. Im Auftrag erstellt durch ITSG – Informationstechnische Servicestelle der Gesetzlichen Krankenversicherungen GmbH, Heusenstamm. URL: http://www.gkv-heilmittel.de/media/dokumente/his_statistiken/2016_02/Bundesbericht-HIS_201602.pdf (letzter Zugriff am 11.01.17).

GKV-Spitzenverband (2017b): Informationen zum elektronischen Abrechnungsverfahren mit den gesetzlichen Krankenkassen beim Datenaustausch im Abrechnungsverfahren nach § 302 SGB V. Stand: 09.01.2017. URL: https://www.vdek.com/vertragspartner/heilmittel/abrechnung/_jcr_content/par/download_0/file.res/20161005_Broschuere_TP5.pdf (letzter Zugriff am 11.01.17).

Grosstück, K. (2008): Qualitätsmanagement und Zertifizierung in Heilmittelpraxen. Das EFQM-Modell für Excellence – ein geeignetes Qualitätsmanagementsystem für Heilmittelpraxen – dargestellt am Beispiel einer Logopädiepraxis. Idstein. Schulz-Kirchner Verlag GmbH.

Haase, I.; Dierks, M.-L.; Schwartz, F. W. (Hrsg.) (1995): Patientenbedürfnisse im Gesundheitswesen. Die Rolle von Patientenbedürfnissen in der Reformdiskussion des deutschen Gesundheitswesens. In: Public Health. Band 4. Ergebnisse und Diskussionsbeiträge zu Gesundheitswissenschaften und zur Gesundheitspolitik. Sankt Augustin. Asgard-Verlag.

Hajen, L.; Paetow, H.; Schumacher, H. (2013): Gesundheitsökonomie. Strukturen – Methoden – Praxisbeispiele. 7., überarbeitete Auflage. Stuttgart. Verlag W Kohlhammer.

Haubrock, M. und Schär, W. (Hrsg.) (2009): Betriebswirtschaft und Management in der Gesundheitswirtschaft. 5., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern. Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.

IBM (2017): Marketplace. IBM SPSS Statistics. Kaufen. Preis. Base. URL: <https://www.ibm.com/marketplace/cloud/statistical-analysis-and-reporting/purchase/de/de-de#product-header-top> (letzter Zugriff am 20.01.17).

IKK-Bundesverband (2005): Bundeseinheitliches Heilmittelpositionsnummernverzeichnis. URL: https://www.gkv-datenaustausch.de/media/dokumente/leistungserbringer_1/sonstige_leistungserbringer/positionsnummernverzeichnisse_archiv/Heilmittel_050201.pdf (letzter Zugriff am 12.01.17).

Jacob, G. und Bengel, J. (2000): Das Konstrukt Patientenzufriedenheit: Eine kritische Bestandsaufnahme. In: Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie. Band/Heft: 48(3). Paderborn. Schöningh. S. 280-301.

Jonkisz, E.; Moosbrugger, H.; Brandt, H. (2012): Planung und Entwicklung von Tests und Fragebogen. In: Moosbrugger, H. und Kelava, A. [Hrsg.] (2012): Testtheorie und Fragebogenkonstruktion. 2., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Berlin, Heidelberg. Springer Verlag. S. 27-74.

Kelava, A. und Moosbrugger, H. (2012): Deskriptivstatistische Evaluation von Items (Itemanalyse) und Testwertverteilungen. In: Moosbrugger, H. und Kelava, A. [Hrsg.] (2012): Testtheorie und Fragebogenkonstruktion. 2., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Berlin, Heidelberg. Springer Verlag. S. 75-102.

Knerr, A. (2005): Messung der Patientenzufriedenheit. Eine systematische Übersicht über Aufbau und Gütekriterien von Erhebungsinstrumenten. Halle. Stiftung LEUCOREA. Sektion Gesundheitswissenschaften.

Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus (KTQ) (2000): Leitfaden zur Patientenbefragung. Düsseldorf. Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH.

Kremer, B. A. I. (2006): Postanästhesiologische Patientenzufriedenheit im Vergleich zweier Patientenkollektive. Bonn. Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität. Inaugural-Dissertation. URL: <http://hss.ulb.uni-bonn.de/2006/0876/0876.pdf> (letzter Zugriff am 19.01.17).

Krueger, R. A. und Casey, M. A. (2009): Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research. 4th edition. Thousand Oaks, London, New Delhi. Sage.

Kühn, T. und Koschel, K.-V. (2011): Gruppendiskussionen. Ein Praxis-Handbuch. Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.

Lamnek, S. (2005): Gruppendiskussion. Theorie und Praxis. 2. Auflage. Weinheim und Basel. Beltz Verlag.

Landgrebe, K. P. (1992): Ausschöpfungen. In: planung & analyse. Heft 2. S. 19-22.

LeVois, M.; Nguyen, T. D.; Attkisson, C. C. (1981): Artifact in client satisfaction assessment. Experience in Community Mental Health Settings. In: Evaluation and Program Planning. Vol. 4, pp. 139-150.

Lewis, J. R. (1994): Patient views on quality care in general practice: Literature review. In: Social Science and Medicine. Vol. 39, No. 5, pp. 655-670. Elsevier Science Ltd.

Malycha, C. P. (2015): Kreativitätsförderung durch die Mind-Map-Technik. Effektivität, Einfluss von Rahmenbedingungen und konzeptuelle Weiterentwicklung. Bielefeld. Universität Bielefeld. Fachbereich Psychologie. Bielefeld. Kumulative Dissertation.

Microsoft Corporation (2017a): Excel-Funktionen (nach Kategorie). Statistische Funktionen. URL: <https://support.office.com/de-de/article/Excel-Funktionen-nach-Kategorie-5f91f4e9-7b42-46d2-9bd1-63f26a86c0eb?ui=de-DE&rs=de-DE&ad=DE&fromAR=1#> (letzter Zugriff am 17.01.17).

Microsoft Corporation (2017b): Produkte. Kleine Unternehmen. Pläne und Preise. URL: <https://products.office.com/de-de/business/compare-office-365-for-business-plans> (letzter Zugriff am 17.01.17).

Modestin, J.; Hanselmann, F.; Rüesch, P.; Grünwald, H.; Meyer, P. (2003): Der Zürcher Fragebogen zur Patientenzufriedenheit in der Psychiatrie: Entwicklung und Charakteristika. In: Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie. 3. Ausgabe. S. 127-138. URL: https://www.researchgate.net/publication/231556488_Der_Zurcher_Fragebogen_zur_Patientenzufriedenheit_in_der_Psychiatrie_Entwicklung_und_Charakteristika (letzter Zugriff am 20.01.17).

Moness, V. (2010): Gestaltung von Qualitätskennzahlensystemen für Geschäftsprozesse. Eine theoretische und empirische Untersuchung. München. Technische Universität. Lehrstuhl für Betriebswirtschaftslehre. München. Dissertation.

Naumann, A.; Konopka, L.; Keller, F. (2001): Entwicklung eines Fragebogens zur Patientenzufriedenheit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Patientenbefragungen in Krankenhäusern: Konzepte, Methoden, Erfahrungen. Sankt Augustin. Asgard-Verlag. S. 249 – 258.

Netzwerk Leichte Sprache e.V. (2017): Die Regeln für Leichte Sprache. URL: http://leichtesprache.org/images/Regeln_Leichte_Sprache.pdf (letzter Zugriff am 19.01.17).

Neuberger, O. (1985): Arbeit. Begriff – Gestaltung – Motivation – Zufriedenheit. Basistexte Personalwesen. Bd. 5. Stuttgart. Ferdinand Enke Verlag.

Neugebauer, B. und Porst, R. (2001): Patientenzufriedenheit. Ein Literaturbericht. Mannheim. ZUMA-Methodenbericht Nr. 7/2001.

Nübling, R.; Schmidt, J.; Kriz, D.; Kaiser, U. (2017): Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen. Assessment. ZUF-8. Fragebogen zur Patientenzufriedenheit. URL: <http://www.gfqg.de/assessment/zuf-8.html> (letzter Zugriff am 19.01.17).

Parsons, T. (1951): The social system. Glencoe, Illinois. The Free Press.

Pascoe, G. C. (1983): Patient Satisfaction in Primary Health Care: A Literature Review and Analysis. In: Evaluation and Program Planning, Vol. 6, pp. 185-210. Pergamon Press Ltd.

Piechotta, B. (2008): PsyQM. Qualitätsmanagement für psychotherapeutische Praxen. Berlin, Heidelberg. Springer Verlag.

Pleye, M. (2017): Definition online. Definition Bedürfnis. URL: <http://definition-online.de/beduerfnis/> (letzter Zugriff am 12.01.17).

Porst, R. (2000): Question Wording – Zur Formulierung von Fragebogen-Fragen. Mannheim. Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen. ZUMA How-to-Reihe, Nr. 2.

Porst, R. (2014): Fragebogen. Ein Arbeitsbuch. 4., erweiterte Auflage, Wiesbaden. Springer VS.

Prüfer, P. und Rexroth, M. (2005): Kognitive Interviews. Mannheim. Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen. ZUMA How-to-Reihe, Nr. 15.

Raab-Steiner, E. und Benesch, M. (2012): Der Fragebogen. Von der Forschungs idee zur SPSS-Auswertung. 3., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Wien. Facultas.

Rammstedt, B. (2004): Zur Bestimmung der Güte von Multi-Item-Skalen: Eine Einführung. Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen. ZUMA How-to-Reihe, Nr. 12.

Schmidt, C.; Möller, J.; Reibe, F.; Güntert, B.; Kremer, B. (2003): Patientenzufriedenheit in der stationären Versorgung. Stellenwert, Methoden und Besonderheiten. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift, 128, S. 619-624. Stuttgart, New York. Georg Thieme Verlag.

Scholl, I.; Hölzel, L.; Härter, M.; Dierks, M.-L.; Bitzer, E.-M.; Kriston, L. (2011): Fragebogen zur Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung – Schwerpunkt Patientenbeteiligung (ZAPA). URL: https://www.researchgate.net/profile/Lars_Hoelzel/publication/221658878_ZAPA_-_questionnaire_assessing_satisfaction_with_outpatient_care_with_focus_on_patient_participation/links/00b4951f8bc4d9c117000000.pdf (letzter Zugriff am 20.01.17).

Schubert, K. und Klein, M. (2016): Das Politiklexikon. 6., aktualisierte und erweiterte Auflage. Bonn. URL: <http://www.bpb.de/nachschlagen/lexika/politiklexikon/17161/bedarf> (letzter Zugriff am 02.12.16).

Schuster, P. (2015): Qualitätsmanagement in der Logopädie. Bremen. Apollon Schriftenreihe zur Gesundheitswirtschaft. APOLLON University Press.

Sens, B.; Fischer, B.; Bastek, A.; Eckardt, J.; Kaczmarek, D.; Paschen, U.; Pietsch, B.; Rath, S.; Ruprecht, T.; Thomeczek, C.; Veit, C.; Wenzlaff, P. (2007): Begriffe und Konzepte des Qualitätsmanagements. 3. Auflage. GMS Med Inform Biom Epidemiol. 2007;3(1):Doc05. Zugriff über: <http://www.egms.de/static/en/journals/mibe/2007-3/mibe000053.shtml> (letzter Zugriff am 20.01.17).

Stollberg, R. (1968): Arbeitszufriedenheit – theoretische und praktische Probleme. Schriftenreihe Soziologie. Berlin. Dietz Verlag.

Universität Bielefeld (2017): Fakultät für Linguistik und Literaturwissenschaft. Klinische Linguistik. Anerkennung des Studiengangs Klinische Linguistik. URL: http://www.uni-bielefeld.de/lili/studium/faecher/klinische_linguistik/ (letzter Zugriff am 12.01.17).

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) (2017): Rahmenverträge und Vergütungslisten bei Heilmitteln. Zugriff über URL: <https://www.vdek.com/vertragspartner/heilmittel/rahmenvertrag.html> (letzter Zugriff am 12.01.17).

Viethen, G. und Maier, I. [Hrsg.] (1996): Qualität rechnet sich. Erfahrungen zum Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Stuttgart, New York. Georg Thieme Verlag.

Wessel, A. (2007): Patientenzufriedenheit in einer Spezialklinik für Knochen- und Wirbelsäulenchirurgie. Ergebnisse, Probleme und Perspektiven. Hamburg. Universität Hamburg. Medizinische Fakultät. Hamburg. Dissertation. URL: <http://ediss.sub.uni-hamburg.de/volltexte/2007/3406/pdf/dissertation.pdf> (letzter Zugriff am 19.01.17).

Williams, S. J. und Calnan, M. (1991): Convergence and divergence: assessing criteria of consumer satisfaction across general practice, dental and hospital care settings. In: Social Science & Medicine. Vol. 33, No. 6, pp. 707-716. Pergamon Press pic.

Wüthrich-Schneider, E. (1998): Qualitätsmanagement in Spitälern: Ein Modell zur Evaluation der Patientenzufriedenheit. Dissertation. Bamberg. Difo-Druck GmbH.

Zinn, W. (2010): Patientenzufriedenheit. Theoretische Grundlagen – Besonderheiten der Messung – potentielle personengebundene Einflussfaktoren. Forschungsgruppe Metrik. Borsdorf. Edition winterwork.

Zollondz, H.-D. (2011): Grundlagen Qualitätsmanagement. Einführung in Geschichte, Begriffe, Systeme und Konzepte. 3., überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Auflage. Oldenburg. Verlag München.

Anhang

Abb. 1: Einverständniserklärung der Praxisinhaberin	106
Abb. 2: Informationsschreiben zum Forschungsprojekt und Einwilligungserklärung Teil 1/2	107
Abb. 3: Informationsschreiben zum Forschungsprojekt und Einwilligungserklärung Teil 2/2	108
Abb. 4: Protokoll der 1. Teamdiskussion	109
Abb. 5: Mind-Map der 1. Teamdiskussion	110
Abb. 6: Protokoll der 2. Teamdiskussion Teil 1/2	111
Abb. 7: Protokoll der 2. Teamdiskussion Teil 2/2	112
Abb. 8: 2. Fassung des Pre-Fragebogens Seiten 1 und 2 von 9	113
Abb. 9: 2. Fassung des Pre-Fragebogens Seiten 3 und 4 von 9	114
Abb. 10: 2. Fassung des Pre-Fragebogens Seiten 5 und 6 von 9	115
Abb. 11: 2. Fassung des Pre-Fragebogens Seiten 7 und 8 von 9	116
Abb. 12: 2. Fassung des Pre-Fragebogens Seite 9 von 9	117
Abb. 13: Endgültiger Fragebogen Seiten 1 und 2 von 10	118
Abb. 14: Endgültiger Fragebogen Seiten 3 und 4 von 10	119
Abb. 15: Endgültiger Fragebogen Seiten 5 und 6 von 10	120
Abb. 16: Endgültiger Fragebogen Seiten 7 und 8 von 10	121
Abb. 17: Endgültiger Fragebogen Seiten 9 und 10 von 10	122
Tab. 1: Die 15 umsatzstärksten Heilmittelleistungen	123
Tab. 2: Sprachtherapie: Heilmittelverordnungen und -umsätze nach Facharztgruppen	123
Tab. 3: Sprachtherapie Heilmittelverordnungen und -umsätze nach Altersgruppen	124
Tab. 4: Recherche bei DIMDI	125
Tab. 5: Mitschriften der retrospektiven Befragung von Dezember 2016 Seite 1 von 3	126
Tab. 6: Mitschriften der retrospektiven Befragung von Dezember 2016 Seite 2 von 3	127
Tab. 7: Mitschriften der retrospektiven Befragung von Dezember 2016 Seite 3 von 3	128

Einverständniserklärung

Sehr geehrte Frau Quednau-Stademann,

im Rahmen meiner Bachelorarbeit werden einige Informationen und praxisinterne Abläufe in der wissenschaftlichen Arbeit dargestellt. Darunter fallen der Praxisname, der Standort und die Anzahl der Mitarbeiter.

Ansonsten werden keine Namen oder ähnliche sensible Daten genannt.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich bereit, dass die Informationen zum Zwecke der Bachelorarbeit veröffentlicht werden dürfen.

Verfasserin der Bachelorarbeit
(Wiebke Brinkmann)

Praxisinhaberin
(Christina Quednau-Stademann)

Praxis für Logopädie

Lemgoer Str. 1
32689 Hohenhausen
05264 28 24 790



(Unterschrift)



(Unterschrift & Stempel)

Quelle: eigene Darstellung

Abb. 1: Einverständniserklärung der Praxisinhaberin

Quelle: eigene Darstellung

Wiebke Brinkmann

Telefon: 0170 3293870

E-Mail: wiebkebrinkmann@hs-osnabrueck.de

Für weitere Frage stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung!



HOCHSCHULE OSNABRÜCK

University of Applied Sciences

Informationsschreiben zum Forschungsprojekt

„Entwicklung eines Fragebogens zur systematischen und kontinuierlichen

Erfassung der Patientenzufriedenheit in einer logopädischen Praxis“

Worum geht es in diesem Forschungsprojekt?

Das Ziel dieses Projekts ist es, einen Fragebogen zu entwickeln, der die Zufriedenheit der Patienten und ihrer Angehörigen in der logopädischen Praxis von Frau Quednau Stademann erfasst.

Wie wird das Projekt durchgeführt?

Bisher wurden zwei Diskussionen im Praxisteam geführt. In ihnen wurden Kriterien besprochen, die die Zufriedenheit von Patienten und ihrer Angehörigen widerspiegeln. Auf Basis der Kriterien wurde ein vorläufiger Fragebogen entworfen. Vor seiner Verwendung muss der Fragebogen einem Test unterzogen werden. In diesem Test füllt der Patient/Angehörige den Fragebogen zunächst eigenständig aus. Danach findet ein Interview statt, in dem die Tauglichkeit des Fragebogens beurteilt werden soll. Es wird gemeinsam geschaut, welche Items schwer zu verstehen waren und welche sonstigen Probleme aufgetreten sind.

Die Interviewerin schreibt Ihre Hinweise und Eindrücke handschriftlich mit. Während des Interviews werden *keine* Tonband- und/oder Videoaufzeichnungen gemacht. Ausgewertet werden die Mitschriften unter strenger Einhaltung des Datenschutzes. Alle Angaben werden anonymisiert, d.h. es ist *kein* Rückschluss auf Ihre Person möglich! Die Auswertung dient allein wissenschaftlichen Zwecken. Die Einwilligung zum Interview kann jederzeit zurückgezogen werden. Ein Rücktritt oder die generelle Ablehnung der Teilnahme hat für Sie keinerlei Konsequenzen oder Nachteile!

Wer führt das Projekt durch?

Das Projekt findet im Rahmen des Bachelorstudiengangs „Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie“ der Hochschule Osnabrück statt. Es wird von der Logopädin Wiebke Brinkmann durchgeführt und von Frau Prof. Dr. Hilke Hansen betreut.

Wenn Sie an der Teilnahme interessiert sind, werden Ihre Kontaktdaten mit Ihrem Einverständnis von Frau Quednau-Stademann an Frau Brinkmann weitergeleitet. Nähere zeitliche und örtliche Aspekte des Interviews können dann mit ihr abgesprochen werden.

Seite 1 von 2

Abb. 2: Informationsschreiben zum Forschungsprojekt und Einwilligungserklärung Teil 1/2

Quelle: eigene Darstellung

Wiebke Brinkmann

Telefon: 0170 3293870

E-Mail: wiebkebrinkmann@hs-osnabrueck.de

Für weitere Frage stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung!



HOCHSCHULE OSNABRÜCK
University of Applied Sciences

Einwilligungserklärung

Ich _____ bin über das Vorgehen bei der Durchführung und Auswertung des Projekts mit einem Informationsschreiben aufgeklärt worden. Ich bin damit einverstanden, dass einzelne, *anonymisierte* Sätze aus dem Interview in der Abschlussarbeit von Frau Brinkmann und in Fachartikeln verwendet werden.

Unter diesen Bedingungen erkläre ich mich dazu bereit, an dem Interview teilzunehmen, das im Rahmen des wissenschaftlichen Forschungsprojekts: *„Entwicklung eines Fragebogens zur systematischen und kontinuierlichen Erfassung der Patientenzufriedenheit in einer logopädischen Praxis“* von Wiebke Brinkmann durchgeführt wird.

Ich wurde ebenfalls darüber informiert, dass ich meine Einwilligung jederzeit zurückziehen kann, ohne dass für mich dadurch Nachteile entstehen.

Eine *Kopie* dieser Erklärung habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift

Protokoll der 1. Teamdiskussion

Datum: 28. Oktober 2016
Teilnehmer: Christina Quednau-Stademann
Wiebke Brinkmann
Ort: Teamraum der Praxis für Logopädie
Beginn: 12.30 Uhr
Ende: 13.40 Uhr

- 1) Brainstorming zu möglichen Themenbereichen (Mind-Map)
- 2) Gliederung des Fragebogens: Einleitende Erklärung
 - Angaben zur Person
 - Werbung
 - Termine
 - Raumgestaltung
 - Therapie
 - 1-3 offene Fragen
- 3) Umfang des Fragebogens: soll vorher nicht festgelegt werden
- 4) Items: feste Aussagen/Statements
- 5) Auswertung: verbale Ratingskala mit vier Antwortmöglichkeiten
- 6) Durchführung des Fragebogens: gegen Ende des Rezepts
- 7) Rückgabe des Fragebogens: Anonym in einer „Rückgabe-Box“ in der Praxis

Abb. 4: Protokoll der 1. Teamdiskussion

Quelle: eigene Darstellung



Abb. 5: Mind-Map der 1. Teamdiskussion

Quelle: eigene Darstellung

Protokoll der 2. Teamdiskussion

Datum: 10. Dezember 2016

Teilnehmer: Christina Quednau-Stademann
Wiebke Brinkmann

Ort: Teamraum der Praxis für Logopädie

Beginn: 11.30 Uhr

Ende: 13.00 Uhr

1) die Aufnahme der Kategorie „Therapeutin“ in den Fragebogen:

→ wurde von Frau Quednau-Stademann in Bezug auf eine detailliertere Kategorisierung der Behauptungen als sinnvoll erachtet

2) Pre-Fragebogen:

→ einleitende Erklärung:

- Umfang des Textes ist durchaus angemessen
- verständliche Formulierung

→ Items:

- größtenteils positive Formulierung
 - „Meine Zufriedenheit mit den therapeutischen Maßnahmen ist im Verlauf der Behandlung gesunken“ → „negatives Item“
- Können bei „schlechter Bewertung“ tatsächlich Verbesserungen vorgenommen werden?
 - Der Therapieraum ist groß genug.
 - Die sanitären Anlagen sind groß genug.
- das Verb „wünschen“
 - „Ich wünsche mir eine Facebook Seite der Praxis“
→ 6. Eine Internetpräsenz der Praxis bei Facebook ist mir wichtig
 - „Ich wünsche mir ein freies WLAN in der Praxis“
→ 19. Ein freies WLAN in den Räumlichkeiten der Praxis ist mir wichtig.
 - „Ich wünsche mir zusätzliche Angebote wie z.B. Informationsveranstaltungen oder Selbsthilfegruppen.“
→ 46. Zusätzliche Angebote wie z.B. Informationsveranstaltungen oder Selbsthilfegruppen sind mir wichtig.
- „Ich kann die Therapeutin gut erreichen.“
→ 9. Ich kann die Therapeutin werktags von 8.00 Uhr bis 18.30 Uhr gut erreichen.
- Zusatzbehauptungen
 - „Ich habe den Flyer der Praxis für Logopädie gesehen und mich daher für diese Praxis entschieden.“
→ 3. Ich kenne den Flyer der Praxis für Logopädie.
Wenn ja > Zusatzbehauptung
 - 5. Ich kenne die Homepage der Praxis für Logopädie.
Wenn ja > Zusatzbehauptung
 - 17. Die Räumlichkeiten der Praxis sind angenehm temperiert.
→ „ich stimme wenig zu“ / „ich stimme gar nicht zu“ > Zusatzbehauptung

Seite 1 von 2

Abb. 6: Protokoll der 2. Teamdiskussion Teil 1/2

Quelle: eigene Darstellung

Protokoll der 2. Teamdiskussion

- 18. Die Räumlichkeiten der Praxis sind angemessen beleuchtet.
 - „ich stimme wenig zu“ / „ich stimme gar nicht zu“ > Zusatzbehauptung
- „52. Die Zusammenarbeit zwischen meiner Therapeutin und mir/meinem Angehörigen beurteile ich als gut“

→ Antwortmöglichkeiten:

- 1. Fassung des Pre-Fragebogens = „ich stimme zu“, „ich stimme eher zu“, „ich lehne eher ab“ und „ich lehne ab“
 - > „ablehnen“ könnte einen negativen Eindruck vermitteln
- > in der 2. Fassung des Pre-Fragebogens wäre besser = „ich stimme völlig zu“, „ich stimme ziemlich zu“, „ich stimme wenig zu“ und „ich stimme gar nicht zu“

3) Implementierung und Auswertung:

- Testwertermittlung/Kodierung:
 - wie in Tabelle 3: Wertzuordnung/Kodierung der Antwortformate des Fragebogens
 - unbeantwortete Items = keine Angabe (kA)
 - nicht eindeutig beantwortete Items = keine Angabe (kA)
- Berechnung der prozentualen Häufigkeiten aus der Gesamtheit aller Fragebögen:
 - für jedes einzelne Item: Welches Item wurde von wie vielen Befragten wie bewertet?
- die Antwortmöglichkeiten der verbalen Ratingskala gegenüberstellen:
 - positive Antworten vs. negative Antworten
 - Qualitätskennzahl = 30%
 - > wenn 30% ein Item negativ bewerten, muss etwas verändert werden!
 - > aber: evtl. ist nicht alles veränderbar
- grafische Darstellung als Übersicht
- Rücklaufquote mit Formel berechnen!
 - dafür Strichliste führen, wie viele Fragebögen verteilt worden sind
 - prozentuale Häufigkeit der Items eines Fragebogens, die mit „kA“ kodiert worden sind
 - > mit Qualitätskennzahl (=40%) in Beziehung setzen:
 - wenn 40% der Fragen mit „kA“ kodiert sind, ist der Fragebogen nicht auswertbar
- Auswertung erfolgt über das Programm Excel
- Item mit offener Formulierung:
 - Stichpunkte werden in eine extra Datei geschrieben
 - gemeinsame Besprechung in der Teamsitzung
- Inhousebefragung (mit Rückgabe-Box im Wartezimmer → Anonymität)
- Mischung aus der Inhousebefragung und dem Kombinationsverfahren für Hausbesuch-Patienten (Rückgabe auf dem Postweg → Anonymität)
- Befragungsdurchläufe: 3 pro Jahr
- Befragungszeitraum: 2 Wochen
- Bearbeitungszeitraum für die Befragten: 2 Wochen
- Ergebnisse, mögliche Problembereiche, Lösungsmöglichkeiten und deren Umsetzung werden nach der Auswertung im Rahmen einer Teamsitzung diskutiert (Brainstorming für Lösungen, Aufgabenverteilung)
- grober Plan für 2017:
 - Befragungszeiträume: 1) KW2-KW5
 - 2) KW25-KW28
 - 3) KW36-KW39

Fragebogen zur Erfassung der Patientenzufriedenheit

Liebe Patientin, lieber Patient,
 liebe Angehörige,

wir, das Team der Praxis für Logopädie, sind sehr an Ihrer persönlichen Meinung interessiert. Wir würden gerne von Ihnen wissen, wie Sie unsere Einrichtung und vor allem die logopädische Behandlung, die Sie selbst/Ihr Angehöriger hier erhalten haben/hat, beurteilen. Ihre Bewertung soll uns helfen, die Arbeitsqualität und Patientenbetreuung einzuschätzen und zukünftig zu verbessern. Daher bitten wir Sie, diesen Fragebogen zur Erfassung der Patientenzufriedenheit gewissenhaft auszufüllen.

Das Ausfüllen des Fragebogens nimmt ca. 10 Minuten in Anspruch. Die Befragung ist vollkommen anonym, Rückschlüsse auf Ihre Person sind nicht möglich. Negative Kritikpunkte können für uns ein Anlass zur Verbesserung sein. Positive Kritikpunkte bestärken uns in unserer Arbeit.

Im Fragebogen selbst sind fünf verschiedene Themenbereiche aufgeführt, unter denen diverse Aussagen zu finden sind. Für jede Aussage stehen Ihnen zwei bzw. vier verschiedene Antwortmöglichkeiten zur Verfügung. Kreuzen Sie bitte bei jeder Aussage eine Antwort an. Entscheiden Sie sich für die, die Ihrer persönlichen Meinung am ehesten entspricht. Platz für sonstige Anmerkungen, Anregungen und/oder Wünsche wird Ihnen am Ende der Befragung eingeräumt. Haben Sie den Fragebogen vollständig ausgefüllt, stecken Sie ihn bitte in die dafür vorgesehene „Rückgabe-Box“ im Wartezimmer der Praxis. Alternativ, für Hausbesuch-Patienten, erfolgt die Rückgabe auf dem Postweg.

Wir bedanken uns im Vorfeld herzlich für Ihre Mitarbeit und wünschen Ihnen und Ihren Angehörigen weiterhin alles Gute!

Ihr Team der Praxis für Logopädie

Anmerkung:
 Zur besseren Lesbarkeit und Verständlichkeit des Fragebogens wird bei der Personenbezeichnung entweder die weibliche oder die männliche Form verwendet. Gemeint sind natürlich grundsätzlich beide Geschlechter.

Angaben zur Person

Ich bin:

Patient <input type="radio"/>	Angehöriger <input type="radio"/>
-------------------------------	-----------------------------------

Mein Geschlecht ist:

weiblich <input type="radio"/>	männlich <input type="radio"/>
--------------------------------	--------------------------------

Mein Alter in Jahren:

16 – 25 Jahre <input type="radio"/>	26 – 35 Jahre <input type="radio"/>	36 – 45 Jahre <input type="radio"/>	46 – 55 Jahre <input type="radio"/>
56 – 65 Jahre <input type="radio"/>	66 – 75 Jahre <input type="radio"/>	76 – 85 Jahre <input type="radio"/>	86 Jahre und älter <input type="radio"/>

Die logopädische Behandlung fällt in den Bereich:

Kindersprache <input type="radio"/>	Neurologie <input type="radio"/>	Stimme <input type="radio"/>	Stottern <input type="radio"/>
-------------------------------------	----------------------------------	------------------------------	--------------------------------

Behandelnde Therapeutin ist:

Frau Quednau-Stademann <input type="radio"/>	Frau Brinkmann <input type="radio"/>
--	--------------------------------------

Themenbereich 1: Werbung

1. Ich habe durch Freunde/Bekannte von der Praxis erfahren.

Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
--------------------------	----------------------------

2. Ich habe im Telefonbuch nach der logopädischen Praxis gesucht.

Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
--------------------------	----------------------------

3. Ich kenne den Flyer der Praxis für Logopädie.

Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
<u>Zusatz:</u> Ich finde den Flyer ansprechend.	
Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>

Abb. 8: 2. Fassung des Pre-Fragebogens Seiten 1 und 2 von 9

Quelle: eigene Darstellung

4. Ich habe im Internet nach der logopädischen Praxis gesucht.

Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
--------------------------	----------------------------

5. Ich kenne die Homepage der Praxis für Logopädie.

Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
<u>Zusatz:</u> Ich finde die Homepage ansprechend.	
Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>

6. Eine Internetpräsenz der Praxis bei Facebook ist mir wichtig.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

7. Ich würde mich wieder an die Praxis wenden, wenn ich/mein Angehöriger Sprach-, Sprech- und/oder Stimmtherapie benötigen würde.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

8. Ich würde einem Freund diese Praxis empfehlen, wenn er ähnliche Hilfe benötigen würde.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

Themenbereich 2: Termine

9. Ich kann die Therapeutin werktags von 8.00 Uhr bis 18.30 Uhr gut erreichen.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

10. Wenn ich die Therapeutin nicht erreiche, kontaktiert sie mich umgehend.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

11. Ich habe schnell einen passenden Termin bekommen.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

12. Abgesprochene Termine werden von der Therapeutin eingehalten.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

13. Die Therapeutin ist pünktlich.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

14. Die Therapeutin informiert mich über Terminänderungen.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

15. Mir ist es wichtig, vor jeder Therapie eine Erinnerung an den Termin zu erhalten.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

Themenbereich 3: Raumgestaltung (entfällt für Hausbesuch-Patienten)

16. Die Räumlichkeiten der Praxis sind farblich gut gestaltet.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

17. Die Räumlichkeiten der Praxis sind angenehm temperiert.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
		<u>Zusatz:</u>	
		Es ist zu warm.	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
		Es ist zu kalt.	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>

Abb. 9: 2. Fassung des Pre-Fragebogens Seiten 3 und 4 von 9

Quelle: eigene Darstellung

18. Die Räumlichkeiten der Praxis sind angemessen beleuchtet.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
		Zusatz:	
		Es ist zu hell.	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
		Es ist zu dunkel.	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>

19. Ein freies WLAN in den Räumlichkeiten der Praxis ist mir wichtig.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

20. Das Wartezimmer macht einen einladenden Eindruck.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

21. Das Wartezimmer ist mit ausreichend Stühlen ausgestattet.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

22. Das Wartezimmer bietet genügend Unterhaltung (z.B. Zeitschriften, Spielmöglichkeiten, ...).

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

23. Das Wartezimmer ist sauber.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

24. Getränke im Wartezimmer sind mir wichtig.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

25. Der Therapieraum wirkt auf mich gut ausgestattet.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

26. Der Therapieraum verfügt aus meiner Sicht über genügend Therapiematerial.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

27. Der Therapieraum ist sauber.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

28. Die sanitären Anlagen sind sauber.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

Themenbereich 4: Therapie

29. Ich komme/mein Angehöriger kommt gerne zur Therapie.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

30. Ich werde/mein Angehöriger wird ausreichend über Therapieinhalte informiert.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

31. Ich kenne/mein Angehöriger kennt den Zweck der therapeutischen Übungen.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

32. Die Therapie wird abwechslungsreich gestaltet.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

33. Es wird auf Gesellschaftsspiele zurückgegriffen.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

Abb. 10: 2. Fassung des Pre-Fragebogens Seiten 5 und 6 von 9

Quelle: eigene Darstellung

34. Es wird auf PC-Spiele zurückgegriffen.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

35. Es wird auf Sprachförderispiele zurückgegriffen.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

36. Ich erhalte/mein Angehöriger erhält regelmäßig Aufgaben, die zu Hause erledigt werden sollen.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

37. Die Aufgaben für zu Hause sind gut dosiert.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

38. Die Aufgaben für zu Hause wurden mir und/oder meinem Angehörigen erklärt.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

39. Die Aufgaben für zu Hause sind verständlich.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

40. Die Aufgaben für zu Hause sind durchführbar.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

41. Die Aufgaben für zu Hause belasten mich/meinen Angehörigen.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

42. Die Qualität der erhaltenen Behandlung beurteile ich als gut.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

43. In der Therapie wurden Problembereiche bearbeitet, die mir wichtig waren.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

44. Ich habe/mein Angehöriger hat die für mich/ihn richtige, therapeutische Behandlung erhalten.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

45. Ich bin mit dem (bisherigen) Therapieergebnis zufrieden.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

46. Zusätzliche Angebote wie z.B. Informationsveranstaltungen oder Selbsthilfegruppen sind mir wichtig.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

Themenbereich 5: Therapeutin

47. Mit der Freundlichkeit der Therapeutinnen bin ich zufrieden.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

48. Ich/mein Angehöriger wurde von der Therapeutin respektvoll behandelt.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

49. Die Unterstützung der Therapeutin empfand ich als angemessen.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

50. Ich habe/mein Angehöriger hat Vertrauen zur Therapeutin.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

Abb. 11: 2. Fassung des Pre-Fragebogens Seiten 7 und 8 von 9

Quelle: eigene Darstellung

51. Ich/mein Angehöriger wurde von der Therapeutin fachlich gut betreut.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

52. Die Zusammenarbeit zwischen meiner Therapeutin und mir/meinem Angehörigen
beurteile ich als gut.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

Anmerkungen, Anregungen und/oder Wünsche (*bitte stichpunktartig notieren!*):

Vielen Dank für Ihre Zeit und Ihre Bemühungen!

Fragebogen zur Erfassung der Patientenzufriedenheit

Liebe Patientin, lieber Patient,
 liebe Angehörige,

wir, das Team der Praxis für Logopädie, sind sehr an Ihrer persönlichen Meinung interessiert. Wir würden gerne von Ihnen wissen, wie Sie unsere Einrichtung und vor allem die logopädische Behandlung, die Sie selbst/Ihr Angehöriger hier erhalten haben/hat, beurteilen. Ihre Bewertung soll uns helfen, die Arbeitsqualität und Patientenbetreuung einzuschätzen und zukünftig zu verbessern. Daher bitten wir Sie, diesen Fragebogen zur Erfassung der Patientenzufriedenheit vollständig auszufüllen.

Das Ausfüllen des Fragebogens nimmt ca. 10 Minuten in Anspruch. Die Befragung ist vollkommen anonym, Rückschlüsse auf Ihre Person sind nicht möglich. Negative Kritikpunkte können für uns ein Anlass zur Verbesserung sein. Positive Kritikpunkte bestärken uns in unserer Arbeit.

Im Fragebogen selbst sind 5 verschiedene Themenbereiche aufgeführt, unter denen diverse Aussagen zu finden sind. Für jede Aussage stehen Ihnen 2 bzw. 4 verschiedene Antwortmöglichkeiten zur Verfügung. Kreuzen Sie bitte bei jeder Aussage 1 Antwort an. Entscheiden Sie sich für die, die Ihrer persönlichen Meinung am ehesten entspricht. Platz für sonstige Anmerkungen, Anregungen und/oder Wünsche wird Ihnen am Ende jedes Themenbereichs eingeräumt. Haben Sie den Fragebogen vollständig ausgefüllt, stecken Sie ihn bitte innerhalb von 2 Wochen in die dafür vorgesehene „Rückgabe-Box“ im Wartezimmer der Praxis. Alternativ, für Hausbesuch-Patienten, erfolgt die Rückgabe auf dem Postweg.

Wir bedanken uns im Vorfeld herzlich für Ihre Mitarbeit und wünschen Ihnen und Ihren Angehörigen weiterhin alles Gute!

Ihr Team der Praxis für Logopädie

Anmerkung:
 Zur besseren Lesbarkeit und Verständlichkeit des Fragebogens wird bei der Personenbezeichnung entweder die weibliche oder die männliche Form verwendet. Gemeint sind natürlich grundsätzlich beide Geschlechter.

Angaben zur Person

Ich bin:

Patient <input type="radio"/>	Angehöriger <input type="radio"/>
Hinweis: Bitte berücksichtigen Sie die Sichtweise des Patienten!	

Mein Geschlecht ist:

weiblich <input type="radio"/>	männlich <input type="radio"/>
--------------------------------	--------------------------------

Mein Alter in Jahren:

16 – 25 Jahre <input type="radio"/>	26 – 35 Jahre <input type="radio"/>	36 – 45 Jahre <input type="radio"/>	46 – 55 Jahre <input type="radio"/>
56 – 65 Jahre <input type="radio"/>	66 – 75 Jahre <input type="radio"/>	76 – 85 Jahre <input type="radio"/>	86 Jahre und älter <input type="radio"/>

Die logopädische Behandlung fällt in den Bereich (*hier können mehrere Antworten zutreffen*):

Kindersprache <input type="radio"/>	Neurologie <input type="radio"/>	Stimme <input type="radio"/>	Stottern <input type="radio"/>
-------------------------------------	----------------------------------	------------------------------	--------------------------------

Behandelnde Therapeutin ist:

Frau Quednau-Stademann <input type="radio"/>	Frau Brinkmann <input type="radio"/>
--	--------------------------------------

Themenbereich 1: Werbung

1. Ich habe durch Freunde/Bekannte von der Praxis erfahren.

Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
--------------------------	----------------------------

2. Ich habe im Telefonbuch nach der logopädischen Praxis gesucht.

Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
--------------------------	----------------------------

3. Ich kenne den Flyer der Praxis für Logopädie.

Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Zusatz: Ich finde den Flyer ansprechend.	
Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>

Abb. 13: Endgültiger Fragebogen Seiten 1 und 2 von 10

Quelle: eigene Darstellung

4. Ich habe im Internet nach der logopädischen Praxis gesucht.

Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
--------------------------	----------------------------

5. Ich kenne die Homepage der Praxis für Logopädie.

Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
<u>Zusatz:</u> Ich finde die Homepage ansprechend. Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	

6. Eine Internetpräsenz der Praxis bei Facebook ist mir wichtig.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

7. Ich würde Freunden und Bekannten diese Praxis für Logopädie empfehlen, wenn sie ähnliche Hilfe benötigen.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

Anmerkungen, Anregungen und/oder Wünsche (bitte stichpunktartig notieren!):

Themenbereich 2: Termine

8. Ich kann die Therapeutin werktags von 8.00 Uhr bis 18.30 Uhr gut erreichen.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

9. Wenn ich die Therapeutin nicht erreiche, kontaktiert sie mich umgehend.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

10. Ich habe schnell einen passenden Termin bekommen.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

11. Abgesprochene Termine werden von der Therapeutin eingehalten.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

12. Die Therapeutin ist pünktlich.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

13. Die Therapeutin informiert mich über Terminänderungen.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

14. Mir ist es wichtig, vor jeder Therapie eine Erinnerung an den Termin zu erhalten.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

Anmerkungen, Anregungen und/oder Wünsche (bitte stichpunktartig notieren!):

Themenbereich 3: Raumgestaltung (entfällt für Hausbesuch-Patienten)

15. Das Wartezimmer macht einen einladenden Eindruck.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

16. Das Wartezimmer ist farblich gut gestaltet.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

Abb. 14: Endgültiger Fragebogen Seiten 3 und 4 von 10

Quelle: eigene Darstellung

17. Das Wartezimmer ist angenehm temperiert.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/> <u>Zusatz:</u>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
		Es ist zu warm. Es ist zu kalt.	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>

18. Das Wartezimmer ist angemessen beleuchtet.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/> <u>Zusatz:</u>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
		Es ist zu hell. Es ist zu dunkel.	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>

19. Das Wartezimmer ist mit ausreichend Stühlen ausgestattet.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

20. Das Wartezimmer bietet genügend Unterhaltung (z.B. Zeitschriften, Spielmöglichkeiten, ...).

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

21. Getränke im Wartezimmer sind mir wichtig.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

22. Ein freies WLAN im Wartezimmer ist mir wichtig.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

23. Das Wartezimmer ist sauber.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

24. Der Therapieraum ist farblich gut gestaltet.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

25. Der Therapieraum ist angenehm temperiert.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/> <u>Zusatz:</u>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
		Es ist zu warm. Es ist zu kalt.	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>

26. Der Therapieraum ist angemessen beleuchtet.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/> <u>Zusatz:</u>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
		Es ist zu hell. Es ist zu dunkel.	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>

27. Der Therapieraum wirkt auf mich gut ausgestattet.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

28. Der Therapieraum ist sauber.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

29. Die sanitären Anlagen sind sauber.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

Anmerkungen, Anregungen und/oder Wünsche (bitte stichpunktartig notieren!):

Abb. 15: Endgültiger Fragebogen Seiten 5 und 6 von 10

Quelle: eigene Darstellung

Themenbereich 4: Therapie

30. Ich komme/mein Angehöriger kommt gerne zur Therapie.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

31. Ich werde/mein Angehöriger wird ausreichend über Therapieinhalte informiert.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

32. Ich kenne/mein Angehöriger kennt den Zweck der therapeutischen Übungen.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

33. Die Therapie wird abwechslungsreich gestaltet.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

34. Ich erhalte/mein Angehöriger erhält regelmäßig Aufgaben, die zu Hause erledigt werden sollen.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

35. Die Aufgaben für zu Hause sind gut dosiert.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

36. Die Aufgaben für zu Hause wurden mir und/oder meinem Angehörigen erklärt.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

37. Die Aufgaben für zu Hause sind verständlich.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

38. Die Aufgaben für zu Hause sind durchführbar.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

39. Die Aufgaben für zu Hause belasten mich/meinen Angehörigen zeitlich.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

40. Die Qualität der erhaltenen Behandlung beurteile ich als gut.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

41. In der Therapie wurden Problembereiche bearbeitet, die mir wichtig waren.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

42. Ich habe/mein Angehöriger hat die für mich/ihn richtige, therapeutische Behandlung erhalten.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

43. Ich bin mit dem (bisherigen) Therapieergebnis zufrieden.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

44. Zusätzliche Angebote wie z.B. Informationsveranstaltungen oder Selbsthilfegruppen sind mir wichtig.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

Anmerkungen, Anregungen und/oder Wünsche (bitte stichpunktartig notieren!):

Abb. 16: Endgültiger Fragebogen Seiten 7 und 8 von 10

Quelle: eigene Darstellung

Themenbereich 5: Therapeutin

Vielen Dank für Ihre Zeit und Ihre Bemühungen!

45. Mit der Freundlichkeit der Therapeutinnen bin ich zufrieden.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

46. Ich/mein Angehöriger wurde von der Therapeutin respektvoll behandelt.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

47. Ich werde/mein Angehöriger wird von der Therapeutin gelobt.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

48. Die Therapeutin motiviert mich/meinen Angehörigen.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

49. Ich habe/mein Angehöriger hat Vertrauen zur Therapeutin.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

50. Ich fühle mich/mein Angehöriger fühlt sich von der Therapeutin fachlich gut betreut.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

51. Die Zusammenarbeit zwischen meiner Therapeutin und mir/meinem Angehörigen
beurteile ich als gut.

Ich stimme völlig zu <input type="radio"/>	Ich stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	Ich stimme wenig zu <input type="radio"/>	Ich stimme gar nicht zu <input type="radio"/>
---	---	--	--

Anmerkungen, Anregungen und/oder Wünsche (bitte stichpunktartig notieren!):

Abb. 17: Endgültiger Fragebogen Seiten 9 und 10 von 10

Quelle: eigene Darstellung

Tab. 1: Die 15 umsatzstärksten Heilmittelleistungen

Rang	Heilmittel *	Bruttoumsatz		Anzahl der Behandlungseinheiten		Behandlungseinheiten je Heilmittelleistung
		in Tsd. €	in %	in %	in %	
1	0503 Krankengymnastik, EB	871.655	27,5	56.073.200	30,8	6,5
2	1201 Manuelle Therapie	284.248	9,0	16.417.527	9,0	6,1
3	3103 Sprachtherapie, 45 Minuten, EB	274.942	8,7	7.526.400	4,1	9,8
4	4103 Ergoth. (sensomotorisch/perzeptiv), EB	258.054	8,1	7.206.395	4,0	10,0
5	0704 Krankengymnastik-ZNS-Erwachsene, EB	250.307	7,9	11.612.678	6,4	11,6
6	9901 Hausbesuch eines Patienten	236.882	7,5	25.878.986	14,2	8,6
7	0201 Manuelle Lymphdrainage 45 min	202.769	6,4	8.303.785	4,6	8,4
8	0202 Manuelle Lymphdrainage 60 min	152.224	4,8	4.217.448	2,3	9,9
9	8003 Podologische Komplexbehandlung	83.812	2,6	3.093.611	1,7	3,7
10	4105 Ergoth. bei psychischen Störungen, EB	77.377	2,4	1.734.697	1,0	9,8
11	4102 Ergoth. bei motorischen Störungen, EB	63.931	2,0	2.421.342	1,3	9,3
12	1501 Wärmepackungen	61.078	1,9	7.236.497	4,0	6,1
13	0106 Klassische Massagetherapie	54.487	1,7	5.170.224	2,8	5,7
14	0703 Krankengymnastik-ZNS-Kinder, EB	50.721	1,6	1.877.663	1,0	9,9
15	0507 Krankengymnastik, (gerätegestützte), EB	40.143	1,3	1.445.795	0,8	6,4

Quelle: GKV-Spitzenverband, 2017a, S. 13

Tab. 2: Sprachtherapie: Heilmittelverordnungen und -umsätze nach Facharztgruppen

Facharztgruppe	Bruttoumsatz	Nettoumsatz	Verordnungs-	Brutto-	Bruttoumsatz	Heilmittel-	Behandlungs-
	in Tsd. €	in Tsd. €	blätter	umsatz je	je Heilmittel	anzahl je	einheiten je
				Verordnungs-		Verordnungs-	Heilmittel
				blatt	in €	blatt	
Chirurgen	224	212	506	441,91	373,34	1,0	10,3
Gynäkologen	49	46	118	412,35	367,53	1,0	9,9
Hausärzte	75.345	72.428	168.623	446,82	368,67	1,0	10,2
HNO-Ärzte	51.155	49.131	132.718	385,45	343,38	1,0	9,4
Internisten (hausärztlich tätig)	22.052	20.994	47.183	467,38	376,29	1,0	10,4
Internisten (weitere)	1.185	1.124	2.587	458,10	372,05	1,0	10,0
Kinderärzte	141.181	141.126	386.304	365,47	342,12	1,0	9,4
Nervenärzte (Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie)	33.219	31.646	68.255	486,70	396,75	1,0	11,0
Orthopäden	182	178	558	326,96	295,25	1,0	8,8
Sonstige Ärzte	4.103	3.993	9.994	410,55	355,42	1,0	10,1
ohne Fachgruppen-Zuordnung	14.292	13.978	35.382	403,93	356,56	1,0	10,0
Alle Ärzte	342.987	334.856	852.228	402,46	354,67	1,0	9,8

Quelle: GKV-Spitzenverband, 2017a, S. 17

Tab. 3: Sprachtherapie: Heilmittelverordnungen und -umsätze nach Altersgruppen

Altersgruppe	Bruttoumsatz in Tsd. €	Zuzahlung in Tsd. €	Nettoumsatz in Tsd. €	Verordnungs- blätter	Bruttoumsatz je Verordnungs- blatt in €	Bruttoumsatz je Heilmittel in €	Heilmittel- anzahl je Verordnungs- blatt	Behandlungs- einheiten je Heilmittel
unbekannt	152	4	148	367	415,45	354,29	1,0	10,0
0 bis unter 5	32.557	1	32.556	89.986	361,81	330,64	1,0	9,3
5 bis unter 10	133.843	3	133.840	367.345	364,35	342,27	1,0	9,4
10 bis unter 15	25.008	0	25.008	67.637	369,74	347,60	1,0	9,6
15 bis unter 20	7.282	122	7.160	19.150	380,28	349,52	1,0	9,7
20 bis unter 25	4.400	278	4.122	10.484	419,71	358,02	1,0	9,9
25 bis unter 30	4.784	268	4.516	10.960	436,49	368,75	1,0	10,2
30 bis unter 35	4.181	235	3.946	9.486	440,71	371,90	1,0	10,3
35 bis unter 40	4.032	229	3.803	9.012	447,45	377,41	1,0	10,4
40 bis unter 45	4.631	263	4.368	10.125	457,39	384,44	1,0	10,5
45 bis unter 50	7.679	457	7.222	16.742	458,64	385,00	1,0	10,5
50 bis unter 55	11.161	665	10.496	23.842	468,12	390,35	1,0	10,7
55 bis unter 60	12.397	730	11.667	26.209	473,00	391,66	1,0	10,7
60 bis unter 65	12.891	733	12.158	27.140	474,99	390,58	1,0	10,7
65 bis unter 70	13.322	707	12.615	28.199	472,42	385,04	1,0	10,6
70 bis unter 75	15.423	797	14.626	32.259	478,09	385,47	1,0	10,6
75 bis unter 80	21.318	1.104	20.214	44.618	477,80	377,30	1,0	10,4
80 bis unter 85	15.024	781	14.243	31.345	479,31	367,71	1,0	10,2
85 bis unter 90	8.837	500	8.337	18.607	474,93	354,41	1,0	10,0
90 und älter	4.065	256	3.809	8.715	466,41	339,92	1,0	9,8
Gesamt	342.967	8.133	334.834	852.228	402,46	354,67	1,0	9,8

Quelle: GKV-Spitzenverband, 2017a, S. 22

Tab. 4: Recherche bei DIMDI

Suche bei DIMDI am 19.10.2016				
Einstellungen, Einschränkungen	Sucheingabe	#	Treffer	Relevant
→ Datenbankvorauswahl medizinische Fachliteratur → erweiterte Suche → Sprache: Deutsch	Fragebogen*	1	2.700	?
	Erfassung	2	2.632	?
	Patientenzufriedenheit	3	1.541	?
	Patient*	4	109.811	?
	Zufriedenheit	5	1.569	?
	#4 AND #5	6	1.069	?
	#3 OR #6	7	2.377	?
	#1 AND #2 AND #7	8	45	1
	Heilmittelerbringer	9	4	0
	Heilmittel	10	91	0
	Therapie	11	30.748	?
	Beruf	12	569	?
	#10 AND #12	13	1	0
	#11 AND #12	14	85	0
	Ambulant*	15	3.653	?
	Versorgung*	16	11.788	?
	Praxis	17	4.321	?
	Logopäd*	18	290	?
	Physiotherap*	19	2084	?
	Ergotherapie*	20	255	?
	#18 OR #19 OR #20	21	2457	?
	#15 AND #16	22	1.341	?
	#15 AND #17	23	284	?
	#21 AND #16	24	35	0
	#21 AND #17	25	13	0
	#21 AND #11	26	110	?
	#8 AND #22	27	3	1
	#8 AND #23	28	1	0
	#8 AND #9	29	0	-
	#8 AND #13	30	0	-
	#8 AND #14	31	1	0
	#8 AND #24	32	0	-
	#8 AND #25	33	0	-
	#8 AND #11	34	8	0
	#8 AND #21	35	0	-

Quelle: eigene Darstellung

Tab. 5: Mitschriften der retrospektiven Befragung von Dezember 2016 Seite 1 von 3

Mitschriften der retrospektiven Befragungen von Dezember 2016

Seite 1 von 3

Bearbeitungsdauer	
Proband 1	9 Minuten
Proband 2	10 Minuten
Proband 3	6 Minuten
Proband 4	11 Minuten
Umfang des Fragebogens	
Proband 1	→ „in Ordnung“ → „kurze, knackige Fragen“ → „durch die gleichen Antwortmöglichkeiten weiß man schnell, was man ankreuzen muss“
Proband 2	→ „eher zu lang“ Im Verlauf: „eigentlich ist alles wichtig, also ist der Umfang doch ok“
Proband 3	→ „in Ordnung“ → „es werden verschiedene Aspekte u. Themenbereiche angesprochen“ → „gut machbar“
Proband 4	→ „1. Eindruck: Fragebogen ist zu lang“ → „nach der Bearbeitung fand ich den Umfang aber angemessen“
Einleitende Erklärung	
Proband 1	→ „leicht verständlich“, „gut“ → positiv: gleich zu Beginn werden Patienten u. Angehörige angesprochen → negativ: „gewissenhaft“ erweckt den Eindruck des „erhobenen Zeigefingers“ → Ziel, Bearbeitung und Abgabe wurden gut erklärt
Proband 2	→ hatte keine Anmerkungen und nichts auszusetzen
Proband 3	→ „hier wird genau dargestellt, worum es geht, was Sie möchten und wie man den Fragebogen ausfüllen soll“ → „gut verständlich, es gibt keine unklaren Wörter oder Sätze“
Proband 4	→ „ausführlich aber sehr gut“ → Ergänzungen: 1) für Angehörige: „Bitte aus Sicht des Patienten ausfüllen“ 2) Wann muss der Fragebogen abgegeben werden?
Antwortmöglichkeiten	
Proband 1	→ „in Ordnung“ → positiv: 4 Antwortmöglichkeiten (nicht mehr) → vertiefende Frage zu der Formulierung „Ich stimme <i>ziemlich</i> zu“: „Hört man nicht oft, ist aber okay. Es ist schwierig, diese Formulierung zu ersetzen.“
Proband 2	→ „Ich denke jeder versteht, was gemeint ist.“ → „Möglichkeit ‚Ist mir egal‘ wäre gut“
Proband 3	→ Antwortmöglichkeiten: „gut formuliert“ Formulierung „Ich stimme <i>ziemlich</i> zu“: „Ist in Ordnung“. Was sollte sonst als Möglichkeit zwischen die anderen? Das ist schwierig.“
Proband 4	→ „Ich finde es gut, dass es nur 4 gibt. Bei anderen Umfragen hat man oft mehr. Da weiß man manchmal gar nicht wie sich die unterscheiden.“

Es handelt sich bei den in Anführungszeichen gesetzten Äußerungen um direkte Zitate der Probanden!

Quelle: eigene Darstellung

Tab. 6: Mitschriften der retrospektiven Befragung von Dezember 2016 Seite 2 von 3

Mitschriften der retrospektiven Befragungen von Dezember 2016

Seite 2 von 3

Angaben zur Person	
Proband 1	→ war überrascht, dass im Vergleich zu anderen Umfragen so wenige Informationen abgefragt werden → hat bei der Angabe des Störungsbilds gezögert
Proband 2	→ es fehlt nichts und es ist nichts überflüssig → Zögern, Stocken bei der Angabe des Störungsbildes: „Ich weiß nicht bei allen Bezeichnungen, was das ist. Aber wenn man das hat, wird man das schon wissen“
Proband 3	→ „in Ordnung“, „ausreichend“ → Störungsbild ist „schwierig“ einzuordnen Vorschlag: Umformulierung oder mehrere Antworten möglich machen
Proband 4	→ längeres Überlegen beim Störungsbild: „Eigentlich weiß man ja, was man hat. Die anderen Möglichkeiten sind dann unwichtig.“
Themenbereich 1: Werbung	
Proband 1	→ „einfach zu verstehen“ → 3. Item: wann der Zusatz zu beantworten ist, wird klar → länger überlegt wurde bei Item 6 → Item 7 und 8 sind sehr ähnlich → Kombination
Proband 2	→ alles relevant, nicht zu viel/wenig → kein längeres Überlegen/Stocken → 3. Item: es wird klar, wann der Zusatz zu beantworten ist → Item 7 und 8 „kennt man aus Telefoninterviews“
Proband 3	→ es ist nichts unklar → keine Dopplungen von Items
Proband 4	→ „alles plausibel und verständlich“
Themenbereich 2: Termine	
Proband 1	→ hatte keine Anmerkungen und nichts auszusetzen
Proband 2	→ Items 13 und 14 sind aus ihrer Sicht selbstverständlich das muss nicht unbedingt gefragt werden
Proband 3	→ hatte keine Anmerkungen und nichts auszusetzen
Proband 4	→ länger überlegt bei Item 15: „braucht man eigentlich nicht“
Themenbereich 3: Raumgestaltung (entfällt für Hausbesuch-Patienten)	
Proband 1	→ Items 17 und 18: wann die Zusätze zu beantworten sind, wird deutlich → Item 26: „kann von Patienten u. Angehörigen nicht beurteilt werden.“ Normalerweise hat man ja auch keinen Vergleich zu anderen Praxen“
Proband 2	→ negativ: Formulierung „Räumlichkeit“ in Items 16-19, da man hier nicht differenzieren kann, auf welchen Raum sich der Aspekt bezieht
Proband 3	→ Item 16: „ist mir nicht so wichtig, finde ich überflüssig“ → Item 19: „Finde ich überflüssig. Man kommt ja nicht wegen dem WLAN.“ → Items 25 und 26: „Ist glaube ich nicht richtig beurteilbar. „Je mehr man sieht, desto besser ist es“ stimmt ja nicht immer.“
Proband 4	→ Formulierung „Räumlichkeiten“ in Items 16-19: Welchen betrifft die Antwort? → Items 25 und 26: sind sehr ähnlich und „schwer zu beantworten“

Es handelt sich bei den in Anführungszeichen gesetzten Äußerungen um direkte Zitate der Probanden!

Quelle: eigene Darstellung

Tab. 7: Mitschriften der retrospektiven Befragung von Dezember 2016 Seite 3 von 3

Mitschriften der retrospektiven Befragungen von Dezember 2016

Seite 3 von 3

Themenbereich 4: Therapie	
Proband 1	→ Item 35: „Sprachförderspiele sind für Laien schwer erkennbar“ → Item 41: „Ich weiß nicht, wie ‚belasten‘ gemeint ist. Zeitlich, inhaltlich?“ → genauer formulieren → Item 44: „schwer zu beantworten, wenn man am Anfang steht... Aber wichtig ist es auf jeden Fall.“
Proband 2	→ hatte keine Anmerkungen und nichts auszusetzen
Proband 3	→ hatte keine Anmerkungen und nichts auszusetzen
Proband 4	→ Item 33-35: „Ich könnte mir vorstellen, dass nicht immer alle drei Spiel-Arten eingesetzt werden. Das ist nicht immer negativ. Ich finde es z.B. gut, dass wenig am PC gemacht wird.“
Themenbereich 5: Therapeutin	
Proband 1	→ Item 49: „Ich frage mich, was mit ‚angemessen‘ gemeint ist. Ist auch sehr subjektiv. Je nachdem, wie man ‚angemessen‘ einschätzt.“ → Item 51: „Wie soll man als Laie einschätzen, ob man ‚fachlich gut betreut‘ wird? Das ist sehr schwer. Ich gehe einfach mal davon aus.“
Proband 2	→ hatte keine Anmerkungen und nichts auszusetzen
Proband 3	→ hatte keine Anmerkungen und nichts auszusetzen
Proband 4	→ hatte keine Anmerkungen und nichts auszusetzen
Anmerkungen, Anregungen und/oder Wünsche (bitte stichpunktartig notieren)	
Proband 1	→ besser unter jedem Themenbereich → „am Ende schwirrt einem zu viel durch den Kopf“
Proband 2	→ am Ende Platz für Anmerkungen, Anregungen und/oder Wünsche ist gut
Proband 3	→ nicht überflüssig → „Mir ist zwar gerade nichts eingefallen, weil viel schon abgefragt wurde aber ich kann mir gut vorstellen, dass einige da was hinschreiben“ → „Unter jedem Themenbereich ein paar Zeilen Platz dafür wäre besser, da man gedanklich noch ‚mehr drin‘ ist“
Proband 4	→ „Dass die Möglichkeit besteht, finde ich sehr gut. Ich fände es aber besser, wenn das unter jedem Themenbereich stehen würde. Vielleicht vergisst man sonst durch die vielen Aufgaben, dass am Ende dafür noch Platz ist.“

Es handelt sich bei den in Anführungszeichen gesetzten Äußerungen um direkte Zitate der Probanden!

Quelle: eigene Darstellung

Eidesstattliche Erklärung

„Hiermit erkläre ich an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche einzeln kenntlich gemacht. Es wurden keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt. Die Arbeit wurde bisher keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.“

Osnabrück, 27. Januar 2017

Ort, Datum



Unterschrift