

Aus der Abteilung Gynäkologie und Geburtshilfe
(Prof. Dr. med. G. Emons)
im Zentrum Frauenheilkunde
der Medizinischen Fakultät der Universität Göttingen

**Etablierung und Implementierung
eines Qualitätsmanagementsystems zur Einführung
des Galileo-Vibrationstrainings in den Klinikalltag
mit Fokus auf die Patientenzufriedenheit**

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung des Doktorgrades für Zahnheilkunde
der Medizinischen Fakultät
der Georg-August-Universität zu Göttingen

vorgelegt von

Katarina Zovko-Backhaus

aus

Walsrode

Göttingen 2012

Dekan: Prof. Dr. rer. nat. H. K. Kroemer

I. Berichterstatter: Prof. Dr. med. V. Viereck

II. Berichterstatter//in: Prof. Dr. med. H. Loertzer

III. Berichterstatter//in:

Tag der mündlichen Prüfung: 26. Juni 2013

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	i
Abkürzungsverzeichnis.....	iv
Abbildungen	v
Tabellen	vi
1. Einleitung.....	1
1.1. Qualitätsmanagementsysteme in der Medizin.....	4
1.2. Erhöhung der Patientenzufriedenheit durch andauernde Verbesserung nach Deming6	
1.3. Das Pareto-Prinzip.....	8
1.4. Publikationen über Qualitätsmanagement und Patientenzufriedenheit im Gesundheitswesen	8
1.5. Stressharninkontinenz.....	11
1.5.1. Therapie der Stressharninkontinenz.....	12
1.5.2. Das Galileo-Vibrationstraining.....	14
1.6. Fragestellung	15
2. Patientinnen und Qualitätsmanagementsystem	16
2.1. Die Therapie: Das Galileo-Vibrationstraining.....	16
2.2. Untersuchungskollektiv	17
2.3. PDCA-Zyklus 1	18
2.3.1. Plan	18
2.3.2. Do21	
2.3.2.1. Die Fragebögen	21
2.3.2.2. Fragebogenmanagement.....	23
2.3.2.3. Gestaltung der Fragebögen	23
2.3.2.4. Mitarbeiterzufriedenheit.....	23
2.3.2.5. Besprechung mit den Physiotherapeuten.....	24
2.3.2.6. Einrichten einer telefonischen Sprechstunde	24
2.3.2.7. Therapie-Werbung.....	25
2.3.2.8. Modernisierung der Formblätter	25
2.3.3. Check	26
2.3.4. Act	26
2.4. PDCA-Zyklus 2	26
2.4.1. Plan	26
2.4.2. Do27	
2.4.2.1. Optimierung der Weiterleitung der Unterlagen von ärztlicher Untersuchung zum physiotherapeutisch begleiteten GVT	27
2.4.2.2. Organisation der Fragebogenverteilung	28

2.4.2.3.	Wartezeiten und Terminvergabe	28
2.4.2.4.	Rezeptierung der Physiotherapie	29
2.4.2.5.	Informationsweitergabe der Physiotherapeuten an die Ärzte für die Abschlussuntersuchung	29
2.4.2.6.	Abschlussuntersuchung und Abrechnung des GVT als IGeL-Leistung.....	30
2.4.2.7.	Bewertung des GVT durch die Physiotherapeuten.....	31
2.4.2.8.	1-hour-Pad-Test.....	31
2.4.3.	Check	32
2.4.4.	Act	32
3.	Ergebnisse.....	33
3.1.	Die Patientenanalyse	33
3.2.	Untersuchungskollektiv	33
3.3.	Rücklaufquoten	35
3.4.	Auswirkungen des QMS.....	36
3.4.1.	Erscheinungsgrund	37
3.4.2.	Gesundheitszustand	37
3.4.3.	Erwartungen an die Therapie	40
3.4.4.	Zufriedenheit mit den zuvor erhaltenen Therapien	41
3.5.	Zufriedenheitsergebnisse (Auswertung Fragebogen 4).....	42
3.5.1.	Qualität des Behandlungsergebnisses	43
3.5.2.	Wartezeit bis zum Behandlungsbeginn	45
3.5.3.	Qualität des Behandlungsprozesses	45
3.5.4.	Verbesserungsvorschläge.....	46
3.5.5.	Unklarheiten.....	47
3.5.6.	Umsetzbarkeit der Therapie	48
3.5.7.	Einschätzung der subjektiven Motivation.....	49
3.5.8.	Höflichkeit	50
3.5.9.	Fachliche Kompetenz.....	53
3.5.10.	Beratungsqualität	56
3.5.11.	Der Leidensdruck.....	58
3.6.	Auswirkungen der Verbesserungsmaßnahmen auf die Beurteilungsaspekte der Zufriedenheit im zeitlichen Vergleich.....	62
3.6.1.	Fragenkomplex A1: Prozessqualität.....	62
3.6.2.	Fragenkomplex A2: Therapiequalität.....	63
3.6.3.	Fragenkomplex B: Dienstleistungsqualität.....	64
4.	Diskussion	66
4.1.	Rücklaufquote	73
4.2.	Aussagekraft und Wirkung der erhobenen Daten.....	75

4.3.	Alternativen für die Befragungen zur Patientenzufriedenheit hinsichtlich der Entwicklung und Einführung des QMS	79
4.4.	Der Zusammenhang zwischen einem verbesserten Qualitätsmanagement und einem größeren Therapieerfolg	79
5.	Zusammenfassung	81
6.	Literaturverzeichnis	82
7.	Anhang	89
7.1.	Erfassungsbogen für die Ist-Analyse	89
7.2.	Verfahrensanweisung Galileo-Patient	91
7.3.	Deckblatt für die Fragebögen 2 und 3	98
7.4.	Fragebogen 1	99
7.5.	Fragebogen 2	102
7.6.	Fragebogen 3	105
7.7.	Fragebogen 4	108
7.8.	Therapiebericht des Physiotherapeuten an den Arzt	110

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BB	Beckenboden
BB-Gymnastik	Beckenbodengymnastik
BMI	Body Mass Index
CQI	continuous quality improvement (andauernde Qualitätsverbesserung)
DIN	Deutsches Institut für Normung
EFQM	European Foundation for Quality Management
EN	Europäische Norm
et al.	et alii (und andere)
FAQ	Frequently asked questions (häufig gestellte Fragen)
FB	Fragebogen
FB1	Erster Fragebogen (Eingangsfragebogen)
FB2	Zweiter Fragebogen (Abschlussfragebogen)
FB3	Dritter Fragebogen (Nachbefragung)
FB4	Vierter Fragebogen (anonymer Fragebogen)
g-ba	Gemeinsamer Bundesausschuss
GVT	Galileo-Vibrationstraining
HIK	Harninkontinenz
ICS	International Continence Society
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistung
ISO	International Organization for Standardization
IVF	In-Vitro-Fertilisation
N	Anzahl
OP	Operation
Q	Qualität
QEP	Qualitätsentwicklung in Praxen
QM	Qualitätsmanagement
QMS	Qualitätsmanagementsystem
QS	Qualitätssicherung
QVM	Qualitätsverbesserungsmaßnahmen
QVP	Qualitätsverbesserungsprojekte
SGB	Sozialgesetzbuch
SHIK	Belastungsinkontinenz (Stressharninkontinenz)
UHIK	Dranginkontinenz (Urgeharninkontinenz)
Tab.	Tabelle
TVT	Tension-free Vaginal Tape

Abbildungen

Abbildung 1: PDCA-Zyklus nach Deming	8
Abbildung 2: Aufgaben der Patientenanalyse	19
Abbildung 3: Erscheinungsgrund der Patientinnen der Gruppen IIIA und IIIB	37
Abbildung 4: Erwartungen an die Therapie (FB1) der Gruppe IIIA und Gruppe IIIB	41
Abbildung 5: Therapieerfahrung Gruppe IIIA und IIIB	42
Abbildung 6: Besserung durch vorhergegangene Therapien (FB1)	42
Abbildung 7: Erfüllte Erwartungen	43
Abbildung 8: Prozessqualität	46
Abbildung 9: subjektive Motivation des Patienten	50
Abbildung 10: Höflichkeit der Verwaltung	51
Abbildung 11: Höflichkeit der Schwestern	51
Abbildung 12: Höflichkeit der Physiotherapeuten	52
Abbildung 13: Höflichkeit der Ärzte	53
Abbildung 14: Einschätzung der fachlichen Kompetenz der Schwestern	53
Abbildung 15: fachliche Kompetenz der Physiotherapeuten	54
Abbildung 16: fachlich Kompetenz der Ärzte	55
Abbildung 17: Beratungsqualität der Physiotherapeuten	57
Abbildung 18: Beratungsqualität der Ärzte	57
Abbildung 19: Verlauf der Bereitschaft zur OP (Gruppe IIIA)	60
Abbildung 20: Verlauf der Bereitschaft zur OP (Gruppe IIIB)	61
Abbildung 21: Bereitschaft der Studiengruppen für einen operativen Eingriff in der Nachbefragung (FB3)	62

Tabellen

Tabelle 1: Patientenkollektiv	18
Tabelle 2: Arbeitsprogramm PDCA-Zyklus 1	20
Tabelle 3: Werteskala	22
Tabelle 4: Arbeitsprogramm PDCA-Zyklus 2	27
Tabelle 5: Fragebogen-Verteilung (Verfahrensanweisung)	28
Tabelle 6: Vergleich der prozentualen Verteilung der Diagnosen der Patientinnen der Gruppen IIIA und IIIB	34
Tabelle 7: Rücklaufquoten der FB1 und FB2 der Gruppen IIIA und IIIB	35
Tabelle 8: Rücklaufquoten der FB3 (nicht anonym) und FB4 (anonym)	36
Tabelle 9: Gesundheitszustand der Gruppe IIIA im Verlauf (fünfwertige Skala)	38
Tabelle 10: Gesundheitszustand der Gruppe IIIA im Verlauf (dreiwertige Skala)	38
Tabelle 11: Gesundheitszustand der Gruppe IIIB im Verlauf (fünfwertige Skala)	39
Tabelle 12: Gesundheitszustand der Gruppe IIIB im Verlauf (dreiwertige Skala)	39
Tabelle 13: Gesundheitszustand der Gruppen I und II bei der Nachbefragung (FB 2) auf fünfwertiger Skala	40
Tabelle 14: Gesundheitszustand der Gruppen I und II bei der Nachbefragung (FB2) auf dreiwertiger Skala	40
Tabelle 15: Rücklaufquoten des FB4 aller Gruppen	43
Tabelle 16: Anmerkungen der Patientinnen aller Gruppen in Bezug auf die erfüllten Erwartungen	44
Tabelle 17: Verbesserungsvorschläge	46
Tabelle 18: Kommentare bezüglich der Frage nach Verbesserungsvorschlägen	47
Tabelle 19: Unklarheiten	47
Tabelle 20: Kommentare bezüglich der Frage nach Umsetzbarkeit der Therapie	48
Tabelle 21: Umsetzbarkeit der Therapie im Alltag	49
Tabelle 22: Durchschnittsnoten der subjektiven Motivation	49
Tabelle 23: Durchschnittsnoten der Höflichkeit aller beteiligten Mitarbeiter	50
Tabelle 24: Durchschnittsnoten für die fachliche Kompetenz	55
Tabelle 25: Durchschnittsnote für die Beratungsqualität	56
Tabelle 26: Verlauf des Leidensdruckes der Gruppe IIIA	58
Tabelle 27: Verlauf des Leidensdruckes der Gruppe IIIB	58
Tabelle 28: Leidensdruck der Gruppe I in der Nachbefragung (FB3)	59
Tabelle 29: Leidensdruck der Gruppe II in der Nachbefragung (FB3)	59
Tabelle 30: zeitlicher Vergleich der Zufriedenheit: Fragenkomplex A1	63
Tabelle 31: zeitlicher Vergleich der Zufriedenheit: Fragenkomplex A2	64

1. Einleitung

Die Einführung eines Qualitätsmanagementsystems (QMS) ist Pflicht für niedergelassene Vertragsärzte und -zahnärzte. Zu reflektieren ist jedoch, was ein QMS bewirkt. Wir stellen uns die Frage, wie eine Therapie, die sich unter Studienbedingungen als wirksam erwiesen hat, in einem Klinikalltag realisierbar ist und ob das Etablieren sowie Implementieren eines QMS die Therapieergebnisse noch verbessern kann. In diesem Zusammenhang richtet sich der Fokus der vorliegenden Untersuchung auf die Patientenzufriedenheit.

Die Aktualität der Diskussion um das Thema Qualität, Qualitätssicherung (QS) und Qualitätsmanagement (QM) offenbart sich in der Qualitätsmanagement-Richtlinie (QM-Richtlinie) der vertragsärztlichen Versorgung (Bundesanzeiger Nr. 248, 2005, S. 17 329), welche am 18.10.2005 vom Gemeinsamen Bundesausschuss (g-ba) beschlossen wurde und am 01.01.2006 in Kraft getreten ist (www.kbv.de 2012). Die Richtlinie besagt, dass die niedergelassenen Vertragsärzte verpflichtet sind, bis 2009 ein QMS in die Praxis einzuführen. Für Zahnärzte ist die QM-Richtlinie am 17.11.2006 in Kraft getreten (Bundesanzeiger Nr. 245, 2006, S. 7463). Gemäß der QM-Richtlinie besteht jedoch keine Pflicht zur Zertifizierung nach einem QMS www.kbv.de 2012.

Erstmals wurde die QS im Gesundheitswesen in der Empfehlung des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion 1989 erwähnt. In dieser Empfehlung wurden Angaben zu den primären Arbeitszielen und Themen eines QM gemacht, die im besonderen Maße einer QS unterliegen. Darunter fallen neben der Patientenzufriedenheit beispielsweise die interkollegiale Zusammenarbeit sowie die Information des Patienten. In Deutschland wird seit Verabschiedung des Gesundheitsreformgesetzes vom 01.01.1989 über die Bedeutung und Formung qualitätssichernder Maßnahmen diskutiert. Dabei wurde die Pflicht zur Sicherung der Qualität in Diagnose und Therapie hervorgehoben (Viethen 1995, S. 33).

Die Verpflichtung zur QS für Vertragsärzte ist im §135a (2) Sozialgesetzbuch (SGB) V (Walhalla Fachverlag 2012, S. 530) gesetzlich verankert:

„(...) Vertragsärzte (...) sind nach Maßgabe der §§ 137, 137d, (...) verpflichtet, 1. sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern, und 2. einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln“.

Im § 20 Abs. 1 SGB IX (Walhalla Fachverlag 2012, S. 1051) ist die Verpflichtung zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Rehabilitationsleistungen und die Durchführung vergleichender Qualitätsanalysen als Grundlage für ein effektives QM der Leistungserbringer gesetzlich festgehalten.

Der Sinn und Zweck eines QM bzw. einer QS wird von unterschiedlichen Autoren folgendermaßen beschrieben: Der Patient hat Bedürfnisse und Qualitätsansprüche an die medizinische Versorgung (Reibnitz und Güntert 1996). „QS bedeutet (...) Missstände aus Patientensicht zu analysieren, die Erwartungen und Bedürfnisse der Patienten zu ermitteln und das Versorgungsangebot“ entsprechend patientenorientiert auszurichten (Blum 1995, S. 59). Um dies verwirklichen zu können, ist es notwendig, den Patienten zu Wort kommen zu lassen (Blum 1995, S. 46). Ein unternehmerischer Erfolg wäre eine Bindung des Patienten an die Klinik. Denn „zufriedene Patienten sind auch glaubwürdige Kommunikatoren und Verkaufsförderer. Sie sind es, die darüber entscheiden, ob sie selbst oder“ deren Bekannte die Klinik wieder aufsuchen (Stauss 1996, S. 36). Daher wird es für Leistungsanbieter im medizinischen Sektor immer wichtiger, ihr Angebot so zu gestalten, dass der Patient den Mittelpunkt bildet. Die „medizinischen und pflegerischen Leistungen, die von der Anbieterseite (...) als gut angesehen werden, müssen jedoch nicht zwangsläufig auch aus Sicht der Patienten eine hohe Qualität aufweisen“ (Reibnitz und Güntert 1996, S.260). Um wesentliche Ansatzpunkte für eine Verbesserung der Leistungsangebote unter Beachtung der Bedürfnisse und Qualitätsansprüche der Patienten erhalten zu können, sollte deren Zufriedenheit mit der ärztlichen und pflegerischen Versorgung ermittelt werden (Reibnitz und Güntert 1996).

Blum (1995, S. 28-45) führt vier zentrale Argumente an für eine stärkere Beteiligung des Patienten im Prozess der Leistungserstellung und –evaluation: Das ökonomische Argument fordert die zunehmende Kundenorientierung und die Patientenzufriedenheit als Ziele eines modernen Marketings im Medizinbereich, wie sie bereits in den oben genannten Aspekten ausgeführt wurden. Das politische Argument beschreibt die Emanzipierung des Patienten als Folge persönlicher Ambitionen sowie struktureller Entwicklungen des gegenwärtigen Versorgungs- und Krankheitsgeschehens. Das ethische Argument befasst sich mit der Patientenorientierung und der patientenzentrierten Versorgung. Schließlich wird das medizinische Argument genannt, das beschreibt, wie die Patientenzufriedenheit die Compliance¹ des Patienten steigern und als Hilfe dienen soll, sowohl die Behandlungsergebnisse als auch den Heilungsverlauf zu verbessern.

Grundsätzlich sind Umfang und Inhalte des QM häufig in einem Qualitätsmanagementhandbuch niedergelegt, das sich an den ISO-9000-Normen orientieren soll. Die Qualitätsmanagementnorm ISO 9000 ist eine von mehr als 15.649 weltweit gültigen Normen, die im Rahmen der Internationalen Normungsorganisation ISO seit ihrer Gründung im Jahr 1947 geschaffen wurden (www.iso.org 2012). In Deutschland werden die Normen, die sich auf die

¹ In der Medizin beschreibt Compliance des Patienten das kooperative Verhalten des Patienten im Rahmen der Therapie. Der Begriff kann als Therapietreue übersetzt werden (Holzgreve 2007).

internationalen Normen beziehen, DIN ISO genannt. DIN EN ISO beziehen sich auf die Europäischen Normen (www.din.de 2012). Rechtlich gesehen ist die ISO 9000ff Normenreihe die einzige Zertifizierung, die von allen nationalen Normungs- und Zertifizierungsgesellschaften in der EU akzeptiert wird (Bangha et al. 1999). Diese Normen wurden auch auf medizinische Versorgungsleistungen übertragen.

Nach DIN-Norm 55350, Teil 11 (2008), bezeichnet Qualität die Summe der Eigenschaften und Merkmale einer Tätigkeit oder eines Produktes. Diese Eigenschaften und Merkmale müssen geeignet sein, gegebene Erfordernisse zu erfüllen. Erreichbar wird eine Qualität „bei existierendem medizinischem Wissen dadurch, dass ausreichende Mittel, geeignete Regeln und Fähigkeiten für seine Anwender zur Verfügung stehen“ (Selbmann 2007, S. 393).

Bereits 1966 unterteilte Donabedian (2005) die Gesamtqualität einer medizinischen Versorgungsleistung in die Teilqualitäten Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Die Strukturqualität bezeichnet alle Ressourcen, welche die Voraussetzung für eine qualitätsgerechte Versorgung bilden. Darunter fallen das Personal, die Apparaturen, die Finanzen und die Organisation. Die Prozessqualität bezeichnet sämtliche Maßnahmen im diagnostischen, therapeutischen und betreuenden Bereich von Patienten. Die Ergebnisqualität beschreibt das Ergebnis der Behandlung und Betreuung bzw. Versorgung des Patienten (Viethen 1995, S.14; Selbmann 2007; Graf und Riemann 1997). Manche Autoren wie Viethen (1995) oder Eichhorn (1996) führen eine vierte Teilqualität aus. Viethen (1995, S. 15) beschreibt die hohe „Variabilität des Eingangsparameters Patient“ als Inputqualität. Eichhorn (1996, S. 126) nennt die Interaktionsqualität: Der Patient beurteilt die Gesamtqualität der medizinischen Versorgungsleistung (Krankenhausleistung) dann als unzureichend, wenn er nicht befriedigend betreut wird und einen unzureichenden Kontakt mit dem jeweiligen Personal der medizinischen Versorgungsleistung (Krankenhauspersonal) erfährt.

„Die Unschärfe in Definition und damit auch Ausführung der Qualitätssicherungsprogramme hat dazu geführt, dass heute im Allgemeinen nicht mehr von Qualitätssicherungs-, sondern von Qualitätsmanagementsystemen gesprochen wird“ (Friedel und Toomes 1997, S. 234). Dies bestätigen auch Selbmann (2001) sowie Graf und Riemann (1997). Die QS wird aufgeteilt in externe und interne QS. Die interne QS umfasst die qualitätssichernden Maßnahmen, die durch die Selbstbewertung der jeweiligen medizinischen Einrichtung durchgeführt werden. Die externe QS vergleicht mehrere medizinische Einrichtungen (z.B. Krankenhaus) qualitativ und quantitativ miteinander (Selbmann 2001; Graf und Riemann 1997). Jedoch erachtet Selbmann (2001) das Adjektiv „extern“ bei der externen Qualitätssicherung als obsolet, da das moderne QM sowohl externe (z.B. Patienten, Angehörige) als auch interne Kunden (z.B. Mitarbeiter) in den Mittelpunkt stellt. Infolgedessen „muss eine Qualitätsdarlegung nach außen und nach innen“ geschehen (Selbmann 2001, S.755).

QS in der Medizin wird als „die Gesamtheit der organisatorisch, technisch und normativen Maßnahmen“ beschrieben, die geeignet sind, „die Qualität der medizinischen Versorgung (...) hinsichtlich der in sie gesetzten Erwartungen nicht nur zu sichern und ggf. zu verbessern, sondern auch der Weiterentwicklung des medizinischen Wissens anzupassen“ (Roche Lexikon Medizin 1998, s.v. Qualitätssicherung, S. 1404). Riegel (1997) nennt als weiteres Ziel der QS, medizinisch Überflüssiges aufzudecken und die knappen Mittel nur dem Notwendigen zur Verfügung zu stellen.

Die „Qualitätssicherungsmaßnahmen betreffen neben ärztlicher Behandlung ebenfalls Versorgung, Pflege, Technik und Verwaltung“ (Viethen 1995, S. 30). Jeder einzelne Mitarbeiter soll sich deshalb mit den Zielen und der Philosophie der medizinischen Einrichtung (z.B. Krankenhaus) identifizieren. Dies kann nur durch Motivation, Kritikfähigkeit und Bereitwilligkeit zur Teilnahme an Veränderungen umgesetzt werden, dies setzt natürlich auch voraus, dass seitens der Leitung Kritik und Veränderungen gewünscht sind (Glauser 2005, Viethen 1995, S. 27 und 75-78).

Graf und Riemann formulierten 1997, dass die Patienten- und Mitarbeiterorientierung sowie deren Zufriedenheit, die Förderung der interprofessionellen Kommunikation und Kooperation im Sinne der Prozessorientierung sowie die Wirtschaftlichkeit Ziele des QM der medizinischen Versorgungsleistung (= des klinischen QM) seien.

Selbmann (2007, S.392) sieht die Aufgabe des Qualitätsmanagements darin, „im Versorgungsalltag die erreichbare Qualität möglichst auch zu erreichen“. Die Qualitätskontrolle hat die Aufgabe, „die Grenze zwischen erreichter und nicht erreichter Qualität zu erkennen“ (Selbmann 2007, S.392). Die QS stellt somit die Qualität des Erreichten dar. Konsequenterweise sollte in diesem Zusammenhang die Grenze zwischen erreichbarer und nicht erreichbarer Qualität bedacht werden. Die Gründe für eine nicht erreichbare Qualität können beispielsweise in einer ungenügenden Ausstattung, ungenügenden Betreuungsmöglichkeiten oder mangelnder Schulung bzw. Fortbildung liegen oder sind bestimmt von einem Wissen, das dem Menschen (noch) nicht zur Verfügung steht. Ab einer bestimmten Grenze wäre der Aufwand viel zu groß, um eine geringe Verbesserung zu erzielen, so lohnt sich der Aufwand nicht. Dies beschreibt das „Pareto-Prinzip“ (vgl. Kapitel 1.3, S.8).

1.1. Qualitätsmanagementsysteme in der Medizin

Die bekanntesten QMS-Modelle im Gesundheitswesen sind: DIN EN ISO 9000:2000ff, EFQM (*European Foundation for Quality Management*), KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen), QEP (Qualitätsentwicklung in Praxen) und Z-PMS (Zahnärztliches PraxisManagementSystem (Keim-Meermann et al. 2006, S. 23-25).

ISO 9000ff wird oft als Richtungszeiger zum Einführen eines QMS verstanden. Die ISO 9001:2000 ist ein branchenneutrales, prozessorientiertes und weltweit gültiges Regelnetzwerk. Die Anforderungen stellen die Basis vom Qualitätsmanagement dar und sind sehr allgemein gehalten, daher müssen sie vom Anwender für sein System modifiziert werden. Das ISO-9001:2000-Zertifizierungsverfahren stellt eine Bewertung dar, bei der ein kompetenter Dritter (Zertifizierungsstelle) die Konformität mit den Anforderungen bewertet (Auditor) und bei Konformität bescheinigt (Lenkungsausschuss der Zertifizierungsstelle) (www.din.de 2012). Um die Zertifizierung zu halten, sind regelmäßige Audits notwendig (siehe unten). Jedoch besteht die Gefahr, dass diese Audits nur dazu verwendet werden, die Zertifizierung zu erhalten und nicht das QMS zu leben. Dies ist aber nicht der Sinn des QMS. Die *European Foundation for Quality Management* (EFQM) versucht, diesem Problem durch die Möglichkeit der ständigen Weiterentwicklung zu begegnen. 1999 hat die EFQM mit Sitz in Brüssel damit begonnen, ein vertraglich geregeltes Netzwerk mit europäischen Qualitätsgesellschaften aufzubauen. Das Basismodell EFQM beruht auf dem Prinzip der Selbstbewertung: Wie wurde die Qualität erreicht und welche Qualität (Ergebnisqualität)? Auch dieses Modell muss wie beim ISO 9001:2000 Basismodell vom Anwender für sein System angepasst werden. Bestimmte EFQM-Assessoren überprüfen die Selbstbewertung in Bezug auf Plausibilität und Glaubwürdigkeit (www.efqm.org 2008).

Die QMS-Modelle im Gesundheitswesen orientieren sich entweder an dem EFQM (Selbstbewertung), an der ISO 9001:2000 (Bewertung durch Externa) oder einer Kombination von beiden. Welche Modelle des Qualitätsmanagements im ärztlichen Gesundheitswesen eingesetzt werden, ist nicht geregelt. Dementsprechend existiert eine Vielzahl von Modellen. Für den Krankenhausbereich wurde das KTQ-Modell (Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus) entwickelt. Im niedergelassenen ärztlichen Bereich dominieren DIN EN ISO und QEP (Keim-Meermann et al. 2006, S. 23-25; Obermann und Müller 2010, S. 3).

Qualitätsaudits sind eine systematische und unabhängige Untersuchung von Prozessen und dienen der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung. Im Sinne eines *QM-Review* überprüfen sie das QMS auf Gebrauchstauglichkeit. Es erfolgt eine Analyse des Nicht-Erreichens von Zielvorgaben (Weiss und Zech 1998). Einerseits wird mit Hilfe der Qualitätsaudits versucht festzustellen, ob die qualitätsbezogenen Tätigkeiten und deren Ergebnisse den geplanten Anordnungen entsprechen. Andererseits wird hinterfragt, ob diese Anordnungen wirkungsvoll realisiert wurden und geeignet sind, die Qualitätsziele zu erreichen. Unterschieden wird zwischen einem internen Qualitätsaudit, das z.B. von der Herstellerfirma erstellt wurde, und einem externen Qualitätsaudit, das vom Kunden oder einer Behörde veranlasst wird. Ein externes Qualitätsaudit kann zur Zertifizierung eines Qualitätsmanagementsystems führen (Viethen 1995, S.43).

Benchmarking: Benchmarking steht für die Orientierung an den Besten (Selbmann 2001): Benchmark = Maßstab. Selbmann warnt in diesem Zusammenhang sowohl vor dem reinen Suchen nach negativen Ausreißern als auch vor der Orientierung an Mittelwerten, da dies zum Mittelmaß führe und nicht dem Ziel eines modernen QM entspreche. Er ist daher ein Befürworter der gängigen QM-Systeme.

1.2. Erhöhung der Patientenzufriedenheit durch andauernde Verbesserung nach Deming

Die Patientenzufriedenheit ist eine Leitidee des QM. In diesem Kontext soll die Patientenzufriedenheit das Ergebnis des Behandlungsprozesses sein und nicht Bestandteil der Ergebnisqualität. Die Teilqualitäten beziehen sich auf objektive Daten. Die Patientenzufriedenheit ist eine subjektive Gesamtqualitätseinschätzung und bildet daher einen sehr wichtigen Parameter zur Validierung der Teilqualitäten einer klinischen Leistung (Olandt und Krentz 1998, Delbanco et al. 1995, S. 239). Unter anderem können der Gesundheitszustand bzw. die Genesung des Patienten die Zufriedenheitswerte wesentlich beeinflussen (Aust 1994). In diesem Zusammenhang ist ebenfalls die Lebensqualität zu nennen. Geht es um die Veränderungen der Lebensqualität durch eine Therapie, ist die Meinung des Patienten ausschlaggebend für seinen Heilungsverlauf. Der Leidensdruck ist hier der maßgebende Faktor (Büchi et al. 2002). Ein Krebspatient verweigert die vielleicht kurative radikale Prostatektomie, weil er den Verlust der Potenz als sexuelle Herabsetzung fürchtet (Snow et al. 2007). Ebenso betrachtet möglicherweise eine Patientin mit Brustkrebs die notwendige Brustamputation (Mastektomie) als Verstümmelung (Helms et al. 2008). Bei einigen Patienten ist der Leidensdruck wiederum so gering, dass sie die privat zu leistenden Kosten für die kurative Therapie als zu hoch empfinden und somit ablehnen (ein Ergebnis der vorliegenden Untersuchung). Die Patientenzufriedenheit sollte demnach langfristig und regelmäßig gesichert werden, indem z.B. die Patientenbefragung analysiert, ggf. nach einem bestimmten Zeitraum zu Vergleichszwecken wiederholt und die Ergebnisse in konkrete Maßnahmen umgesetzt werden (Delbanco et al. 1995, S.250).

Die Basis für eine solche Analyse liefert der Qualitätsverbesserungszyklus „Plan-Do-Check-Act“-Zyklus (PDCA-Zyklus, Deming-Zyklus) nach Dr. W. Edwards Deming (Glauser 2005, S.16). Der PDCA-Zyklus ist ein Teil des Qualitätsmanagements von Deming, der nach Selbmann (2007) helfen soll, die noch nicht erreichte Qualität durch Verbesserungsprozesse zu ermöglichen. In der Qualität gibt es keine Ziele, sondern nur den Weg der andauernden Verbesserung (Glauser 2005, S.12).

William Edwards Deming (1900-1993) entwickelte nach dem Zweiten Weltkrieg in Japan eine neue Managementlehre zur Verbesserung der Qualität von Produkten und Dienstleistungen

und beeinflusste damit stark die Weltwirtschaft des 20. Jahrhunderts (Glauser 2005, S. 7 und 12). Die so genannte Demingsche Kettenreaktion bewirkt mithilfe einer Qualitätsverbesserung eine Kostenreduktion durch Vermeidung von Fehlern, weniger Nacharbeit, weniger Verzögerungen und bessere Nutzung des Materials. Die Produktivität wird dadurch gesteigert (Glauser 2005, S. 8). Die Grundlage der Demingschen Lehre zur andauernden Qualitätsverbesserung sind drei Aspekte, die ein Management unbedingt beherzigen muss (Glauser 2005, S. 15):

- 1.) Nachhaltigkeit der Ziele („Was tun wir und warum tun wir es?“)
- 2.) Andauernde Verbesserung (Verbessern bedeutet Probleme zu lösen, bedeutet zu lernen. Lernfähigkeit ist die Voraussetzung für den langfristigen Bestand eines Unternehmens)
- 3.) ein System von umfassendem Wissen („was man nicht versteht, kann man nicht verbessern“).

Diese Eckpfeiler der Demingschen Lehre beruhen auf christlichen Wertmaßstäben (Glauser 2005, S. 12). Konkurrenzdenken schadet dem Unternehmen. Zusammenarbeit und das Fördern jedes einzelnen Mitarbeiters sind obligatorisch. Nur wenn sich Mitarbeiter mit dem Unternehmen identifizieren, arbeiten sie effektiv und bewirken eine Qualitätssteigerung. Ausgehend von dem dritten oben genannten Aspekt leitet Deming vierzehn Managementregeln ab, die ein Unternehmen zum wirtschaftlichen Erfolg führen. Erwähnenswert sind die Regeln acht und neun. In diesen Regeln werden ein angstfreies Arbeitsklima und ein interdisziplinäres Arbeiten zwischen den Abteilungen gefordert. Dies fördere die Kreativität jedes Einzelnen. Demings Meinung nach schafft Unkenntnis Furcht. Information, Kenntnisse und Schulung verhindern jedoch Verluste im Unternehmen (Glauser 2005, S. 23-27).

Deming identifizierte sieben Verhaltensweisen („Die sieben Todsünden“), die ein Unternehmen untergehen lassen. Darunter fallen zum Beispiel Mitarbeiterprämien, die vielleicht kurzfristig Erfolg bringen, nachhaltig jedoch schaden. Als falsche Suche nach dem schnellen Erfolg verstand Deming beispielsweise auch Entlassungen, Verkäufe oder Fusionen, die kurz vor Zusammenbruch noch positive Zahlen zeigen. Analog dazu erkannte Deming sieben Hindernisse („Die sieben Stolpersteine“) auf dem Weg zur andauernden Qualitätsverbesserung. Unter anderem warnte er vor „Quick fix“: Qualität lasse sich nicht wie ein EDV-Programm installieren, denn Qualitätsverbesserungen seien die Folge andauernder Bemühungen (Glauser 2005 S. 20-22).

Deming entwickelte 1950 aus dem Planlösungsmodell seines Lehrers Walter Andrew Shewhart den PDCA-Zyklus (siehe Abbildung 1), der ein grundlegendes Modell des Punktes 2) „andauernde Verbesserung“ ist (Glauser 2005, S. 16).

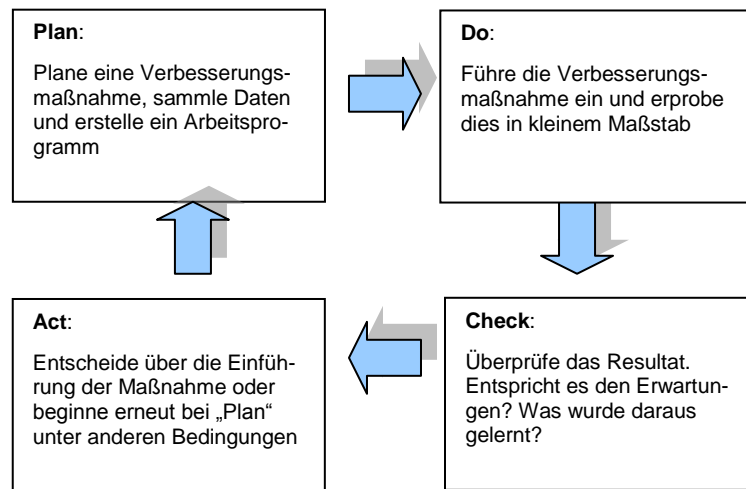


Abbildung 1: PDCA-Zyklus nach Deming (Glaser 2005, S. 16)

Der Zyklus ist eine Spirale. Jeder Durchlauf bringt das Ergebnis auf eine höhere Ebene. Im Gesundheitswesen wird die andauernde Verbesserung *continuous quality improvement* (CQI) genannt (Glaser 2005, S. 16).

1.3. Das Pareto-Prinzip

Über den Beurteilungsergebnissen schwebt der Begriff des Pareto-Prinzips (Synonyme: Paretogesetz, 80/20-Prinzip, Prinzip der geringsten Anstrengung, Prinzip der Unausgewogenheit). Dieses Prinzip und das QM stammen beide aus der Wirtschaft und stehen in Verbindung zueinander. Das Pareto-Prinzip beschreibt ein deutliches Missverhältnis zwischen Ursache und Wirkung. Genauer wird dies erkennbar anhand der Pareto-Verteilung: Eine kleine Anzahl hoch bewerteter Elemente verursacht viel im Gesamtwert und eine große Anzahl gering bewerteter Elemente wenig im Gesamtwert. In Zahlen sieht das folgendermaßen aus: 20% Aufwand bewirken 80% Ergebnis. Die restlichen 20% des Ergebnisses benötigen jedoch 80% an Aufwand (Koch 2004, S.11-13). Daraus ist zu schließen, dass beschränkt vorhandene Ressourcen an den richtigen Stellen eingesetzt werden müssen, um eine maximale Produktivität zu erzielen (Koch 2004, S. 20-22).

1.4. Publikationen über Qualitätsmanagement und Patientenzufriedenheit im Gesundheitswesen

Selbmann erkannte 1995, dass ein Großteil aller Qualitätsprobleme aus dem organisatorischen Bereich stammt. Daraus folgert Stauss (1996, S. 38), dass ein patientenorientiertes Qualitätsmanagement auch zu einer zeit- und kostenreduzierenden Veränderung der Ablauforganisation führt. Im Folgenden werden die interessantesten Studien in Bezug auf diese Arbeit beschrieben.

Clayton und Stoelwinder (1978) zeigten in ihrer verfassten Studie, wie allein die interdisziplinäre Zusammenarbeit zu beachtlichen Verbesserungen in der Patientenbehandlung führen kann. Dies geschah durch regelmäßige Besprechung der Probleme wie etwa der Koordination und Mitarbeiterführung. Weiterhin wurde eine Verbesserung im Stationsablauf erarbeitet. Diese verbesserte Koordination bewirkte auf einer allgemeininternistischen Station eine verkürzte Aufenthaltsdauer der Patienten und eine erhöhte Arbeitszufriedenheit der Stationsmitglieder. Auch in unserer Arbeit wurde eine Verbesserung im Stationsablauf angestrebt. Da es sich jedoch bei dem Galileo-Vibrationstraining (GVT) um eine ambulante Therapie handelte, wurde die Aufenthaltsdauer nicht betrachtet.

Clausen et al. (2006) befassten sich mit der Patientenzufriedenheit und deren Einflussfaktoren in der Geriatrie. Dabei wurde gezeigt: Je besser die Hotelleistung, je stärker der psychosoziale Kontakt mit den Patienten und je besser die Vermittlung von praktischem Wissen und Fertigkeiten (Patientenedukation), desto größer war die Patientenzufriedenheit. Die Hotelleistung war in Bezug auf unsere ambulante Therapie unwesentlich. Jedoch zeigte sich in unserer Untersuchung ebenfalls, dass das ernst genommene Mitbestimmungsrecht und Patientenedukation sowie der psychosoziale Kontakt einen wesentlichen Einfluss auf die Patientenzufriedenheit hatten. Ein weiterer interessanter Unterschied war, dass in unserer Untersuchung ein gewichtiger Einflussfaktor auf die Patientenzufriedenheit die Prozessqualität war, bei Clausen et al. (2006) sich dies jedoch nicht darstellte.

Eine ähnliche Studie stammt von Huber et al. (2008). Eine für die Geriatrie entwickelte Befragung zur Erfassung der Zufriedenheit wurde bei 1918 Patienten in drei Schweizer Geriatriekliniken auf Akzeptanz, Durchführbarkeit und Eignung überprüft. Neben der Befragung der Patienten kurz vor ihrer Entlassung wurden zusätzlich Angehörige interviewt. Die Rücklaufquote der schriftlichen Befragung war mit 32% relativ niedrig, die der Interviews lag höher bei 60%. Es kam heraus, dass diese Befragungen wertvolle Informationen „für die Optimierung der Qualität der verschiedenen Dienstleistungen in den Bereichen Pflege, ärztliche Betreuung und Hotellerie einer geriatrischen Institution“ lieferte (Huber et al. 2008, S.124). Die Patienten waren mit der Qualität der therapeutischen Behandlung und Qualität der Schmerzbehandlung zufrieden. „Angehörige hingegen kritisierten den Informationsfluss zwischen den medizinischen Diensten und den Angehörigen“ (Huber et al. 2008, S.124). In unserer Untersuchung versuchten wir ebenfalls bei Patienten, die aufgrund von Demenz, Sprachstörungen bzw. Sprachhindernissen durch Interviews nur unter Schwierigkeiten erreicht werden konnten, auch die Angehörigen mit in die Befragung einzubeziehen. Die Rücklaufquoten der schriftlichen Befragungen waren in unserer Untersuchung mit 44% bis 72% (siehe Tabelle 8, S. 36) deutlich höher.

In dem Artikel von Johnson et al. (2006) wird die Arbeit eines Krankenhauses beschrieben, das ein Organisationswerkzeug für die Krankenpflege entwickelt, um die Ergebnisqualität bei den Patienten zu verbessern. Der Artikel stellt Beispiele zur Verfügung, wie eine positive Krankenpflege zu positiven Ergebnissen bei den Patienten führt. Geprüft wurde, welche Organisationsdaten in welcher Häufigkeit relevant sind. Kombiniert mit einem Verbesserungsprozess, der durch die Angestellten betrieben wurde, verbesserte sich die Krankenpflege, was zu einem positiven Therapieergebnis bei den Patienten führte. Unsere Untersuchung hat einen ähnlichen Aufbau wie die eben beschriebene. Entwickelt wurde ebenfalls ein Organisationswerkzeug (QMS), kombiniert mit einem Verbesserungsprozess des Arbeitsablaufs, was zu einem guten Therapieergebnis und einer höheren Patientenzufriedenheit führte.

Weiss und Zech (1998) beschreiben die Entwicklung und Einführung eines Qualitätsmanagements nach EN ISO 9001 in einem IVF-Institut (In-vitro-Fertilisations-Institut). Auch hier wurde als Vorteil angesehen, dass bestehende Abläufe überdacht und effizienter gestaltet wurden, die auch u.a. zur Einhaltung der Sorgfaltspflicht und der Qualitätsfähigkeit gegenüber den Patienten, Zuweisern, Kostenträgern und der Öffentlichkeit führten. Sie kritisierten jedoch, dass die meisten QMS nicht maßgeschneidert seien und der Erfolg von der Qualität und Flexibilität des QM-Beraters abhängt, ob er die Normen sinnvoll interpretiert. „Nur dann wäre ein QM nutzbringend und praktikabel, können Rationalisierungs- und Verbesserungspotentiale aufgedeckt und aus den gewonnenen Erkenntnissen entsprechender ökonomischer Nutzen gezogen werden“ (Weiss und Zech 1998, S.38). Beispielsweise konnten durch Auszeichnung mittels eines Zertifikats an die Mitarbeiter deren Leistung anerkannt und die Motivation gesteigert sowie durch jährliche Audits Nachlässigkeiten aufgedeckt werden. Auch während unserer Arbeit erhielten die Physiotherapeuten ein Zertifikat über besondere Kenntnisse und Fähigkeiten im Umgang mit dem Galileo 2000, wodurch deren Mühe und Einsatz während der gesamten Zeit belohnt werden sollte.

Quick et al. (2006) beschreiben allgemein, wie sie durch kontinuierliche Qualitätsverbesserung (das so genannte *SSM Health Care (SSMHC) Continuous Quality Improvement Model*) nachweisorientierte Medizin in einem Krankenhaus implementierten, um dem Qualitätsvergleich der Krankenhäuser standzuhalten. Das QMS-Modell liefert zwei Varianten, Daten zu sammeln und diese dann auszuwerten. Weiterhin bietet es Vorlagen für Personal-Schulung, Führung sowie Verfahrensanweisung für die Mitarbeiter. Unsere Darstellung der Ergebnisse befasst sich im Gegensatz dazu nicht mit dem gesamten Krankenhaus, sondern mit einer Abteilung und führte lediglich eine neue Therapie ein, deren Wirksamkeit bereits in Studien nachgewiesen wurde. Jedoch hatte unser QMS neben dem Ziel der Einführung einer neuen Therapie auch das Ziel, die Patientenzufriedenheit zu erhöhen.

Walter (2007) entwickelte in ihrer Dissertation einen Vorschlag für die Leitlinie eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Zu diesem Zweck führte sie einerseits eine ausgedehnte Literaturrecherche zu dem gesamten QM-Thema durch, andererseits wertete sie vier Fallstudien aus, denen Folgendes zugrunde lag:

„Der Prozessstandard legt eine logische Abfolge von Arbeitsschritten zur Implementierung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements fest und strukturiert und vereinheitlicht den Gesamtprozess. Die formulierten knapp 50 Qualitätskriterien und mehr als 80 Prüfpunkte ermöglichen ein systematisches Vorgehen: bezogen auf den Aufbau betriebspolitischer Voraussetzungen, die Entwicklung struktureller Rahmenbedingungen und die Durchführung der vier Kernprozesse Diagnose, Planung, Intervention und Evaluation. Sie liefern zugleich die Grundlage für ein fortlaufendes Controlling des Handelns sowie für die Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluation. Gegenüber dem Grundkonzept stellt die Leitlinie eine erhebliche Weiterentwicklung, Präzisierung und Konkretisierung dar (Walter 2007, S. 237).“

Die Studie kommt zu dem Ergebnis, dass „Prozessstandards (...) kein Garant für eine hohe Ergebnisqualität“ sind (Walter 2007, S. 239). Es gibt im betrieblichen Gesundheitsmanagement Beeinflussungen durch zahlreiche betriebliche und außerbetriebliche Rahmenbedingungen und Störgrößen. Dadurch können „sich positive Effekte unter Umständen nicht sofort einstellen oder aber Effekte durch andere Einflussgrößen geschmälert bzw. überlagert werden“ (Walter 2007, S.239). Trotzdem ist ein standardisiertes Verfahren „Voraussetzung für eine erfolgreiche und nachhaltig wirksame betriebliche Gesundheitsarbeit“ (Walter 2007, 239). Sonst bestehe die Gefahr, dass das Handeln zum bloßen Aktionismus werde (Walter 2007).

1.5. Stressharninkontinenz

Die *International Continence Society* (ICS) aktualisierte 2001 den symptombezogenen Begriff Harninkontinenz (HIK) als jeden beklagten Harnverlust. Das Zusammenspiel von Füll- und Entleerungsphase der Harnblase ist gestört. Die drei häufigsten Formen sind die Belastungsinkontinenz (Synonym: Stressharninkontinenz, SHIK), die Dranginkontinenz (Synonym: Urgeharninkontinenz, UHIK) und die Mischinkontinenz. Die Mischinkontinenz wird als eine Kombination der SHIK und der UHIK verstanden (Abrams et al. 2003).

Die SHIK kann über Symptome, urodynamische Messungen und beobachtbare klinische Anzeichen diagnostiziert werden. Sie liegt dann vor, wenn infolge abdomineller Druckerhöhung durch körperlicher Aktivität (z.B. Husten, Lachen oder Niesen) Harnverlust auftritt (Viereck et al. 2000). Klinische Anzeichen werden meistens mit dem Hustentest nach Bonney und mit dem Vorlagen-Test (engl.: *Pad-Test*) quantifiziert (Oelke 2000, S. 76). Urodynamische Untersuchungen wie die Füllungszystometrie helfen bei der Differenzialdiagnose der SHIK und anderen Arten der HIK (Skala et al. 2003). Eine urodynamische Untersuchung, die bei Versagen der primären Therapie (konservativ oder chirurgisch) indiziert ist, liefert

objektive Daten zur Beurteilung der Blasen- und Harnröhrenfunktion (Skala et al. 2003). Der klinische Schweregrad, der von Null (= kein Harnverlust) bis III (= Harnverlust ohne Belastung) reicht, kann nach Ingelman-Sundberg klassifiziert werden. Eine andere Möglichkeit der Gradeinteilung basiert auf dem Ausmaß des Urinverlusts: I°= im Stehen Tropfen, im Liegen kein Tropfen; II°= im Stehen Strahl, im Liegen kein Tropfen; III°= im Stehen und Liegen Strahl (Viereck et al. 2000).

Da die Behandlung, welche der vorliegenden Untersuchung zugrunde liegt, in einer Frauenklinik durchgeführt wurde, ist im weiteren Verlauf dieser Arbeit ausschließlich von Frauen als Betroffene die Rede. Die eingeschätzten Prävalenzdaten der Harninkontinenz liegen zwischen 15% bis 40%, wobei man von einer sehr hohen Dunkelziffer ausgeht, „da es sich noch immer um ein Tabuthema handelt“ (Skala et al. 2003, S. 2). Die Ursache dieser großen Spannweite ist vielfach diskutiert. Einerseits behaupten viele, die ungenaue Definition spiele eine Rolle (Shaw et al. 2002), jedoch ist auch der von den Frauen unterschiedlich groß empfundene Leidensdruck ein wichtiger Faktor (Fultz et al. 2003). Die SHIK hat einen unterschiedlich starken Einfluss auf die Lebensqualität der Patientinnen. Fultz et al. (2003) beschreiben, dass 50% der Frauen mit SHIK sich geringfügig und ein Drittel sich mittelgradig bis äußerst schwer beeinträchtigt fühlen. Die betroffenen Patientinnen sind in ihren körperlichen Handlungen eingeschränkt, auch aus Furcht vor Harnverlust und dem dadurch resultierenden Uringeruch sowie der Sichtbarkeit von Vorlagen. Diese Situation wirkt sich nicht nur körperlich negativ auf das Leben der Betroffenen aus, sondern auch seelisch, beispielsweise durch Minderung des Selbstbewusstseins sowie Scham (Gasquet et al. 2006).

Die Inzidenz nimmt mit zunehmendem Alter zu: Altersgruppe dreißig bis vierzig Jahre mit 15%, vierzig bis fünfzig Jahre mit 25%, geriatrische Altersgruppe mit 60% (Viereck et al. 2000). Eine Reihe von Risikofaktoren sind mit einer SHIK assoziiert wie etwa zunehmendes Alter, Anzahl der Geburten sowie Übergewicht und chronische Bronchitis (Viereck 2000). Miller et al. (2003) nennen noch weitere Risiken wie starkes Rauchen bei jungen Frauen (18-23 Jahre), Hormonsubstitution bei älteren Frauen (70-75 Jahre) und Z.n. Hysterektomie von Frauen im Alter von 45 bis 50.

1.5.1. Therapie der Stressharninkontinenz

Es gibt drei Therapiemöglichkeiten der SHIK aufsteigender Invasivität, die sich auch ergänzen können: Konservativ, medikamentös und chirurgisch. Das Ziel jeglicher Therapieart besteht darin, in die neuromuskulären Funktionskreise korrigierend einzugreifen. Die Therapie richtet sich nach dem Beschwerdebild und dem Therapiewunsch der Patientin (Viereck et al. 2000). „Eine Ausnahme bilden die infolge eines Quetschhahnmechanismus in Obstruktion übergegangenen oder von Ureterstauung begleitenden Formen der Stressinkontinenz, die

(...) einer dringlichen Therapie bedürfen.“ (Richter 1996, S. 226). Dies bestätigen auch Viereck und Eberhard (2008).

Eine **konservative Therapie** im Sinne einer Physiotherapie wird als *Firstline* Therapie bei SHIK angesehen (Christofi und Hextall 2005). Ein kontinuierliches aufbauendes Training führt mit regelmäßiger Übung zu einer Muskelkräftigung. Dadurch wird die Urethra vermehrt komprimiert und die Stabilisierung des Blasenhalses in Belastungssituationen verbessert. In randomisiert kontrollierten Studien variierten die Heilungsraten, die weniger als zwei Gramm Harnverlust beim *Pad-Test* bedingten, zwischen 44% und 69% (Bo 2004). Zu den weiteren erwähnenswerten konservativen Therapieformen gehören das *Biofeedback* und die Elektrostimulation. Das *Biofeedback* zeigt der Patientin mittels akustischen und visuellen Signals die Aktivität ihrer Beckenbodenmuskulatur an. Dadurch soll das Beckenbodenbewusstsein trainiert werden (Glazer und Laine 2006). Die Elektrostimulation bewirkt durch elektrische Impulse eine Kontraktion und bessere Durchblutung der Beckenbodenmuskulatur und führt dadurch zu einer Stärkung (Viereck et al. 2000). Ansonsten bedienen sich die Betroffenen häufig vieler anderer Hilfsmittel und Therapien, die hier der Vollständigkeit halber noch erwähnt werden: Konen (intravaginale Gewichte), Pessare (mechanische innere Stütze), Reflexzonentherapie, Magnetfeldtherapie (dadurch induzierte Ionenströme bewirken eine Kontraktion der Muskulatur), Neuraltherapie (Procain-Injektionen zur Beseitigung von Störfeldern), Akupunktur, Psychotherapie, Ernährungstherapie, Balneotherapie mittels Wärme und Zusatzstoffen (z.B. Moorpackungen und/oder Scharfgarbe) (von der Heide 2007, S. 15-16).

Ein wirksames **Pharmakotherapeutikum** ist Duloxetine. Es handelt sich hierbei um einen Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer. Glutamat verstärkt die Kontraktilität des urethralen Rhabdosphinkters. Serotonin und Noradrenalin verstärken den Glutamat-Effekt. Glutamat ist ausschließlich während der Füllungsphase aktiv. Dadurch wird die Harnspeicherung und Miktionskontrolle verbessert (Christofi und Hextall 2005, Mariappan et al. 2009).

Eine chirurgische Therapie ist reserviert für Frauen, bei denen eine konservative Therapie (z.B. Beckenboden-Training) versagt hat. Bei einer SHIK kommen drei Hauptformen der **chirurgischen Therapien** zum Einsatz. Die geringste invasive Form ist die periurethrale Depot-Injektion, die bei einer intrinsischen Sphinkterdysfunktion hauptsächlich angewendet wird, aber auch bei nicht gelungenen chirurgischen Eingriffen. Die Erfolgsrate ist jedoch enttäuschend gering. Die Kolposuspension wird bei einer hypermobilen Urethra angewendet. Die suburethralen Schlingenoperationen wie das TVT-Verfahren (*Tension-free Vaginal-Tape*) werden bei Frauen mit intrinsischer Sphinkterdysfunktion oder einer Urethra-Hypermobilität durchgeführt. TVT ist gegenwärtig am populärsten und hat die Kolposuspension weitestgehend ersetzt (Christofi und Hextall 2005, Viereck und Eberhard 2008). Christofi und Hextall

(2005) beschreiben ergänzend das *transobturator tape*, das einen ähnlichen Effekt wie TVT hat, jedoch eine niedrigere Rate von ernsthaften Komplikationen aufweisen soll. Insgesamt sehen Balmforth und Cardozo (2003) einen Trend in Richtung minimalinvasiver chirurgischer Therapie der weiblichen SHIK.

1.5.2. Das Galileo-Vibrationstraining

Das Galileo-Vibrationstraining (GVT) gehört in die Kategorie der konservativen Therapien. Die übliche Physiotherapie zur Stärkung des Beckenbodens wird ergänzt durch das Vibrationstraining auf dem Gerät Galileo 2000, das von Hans Schießl aus Pforzheim entwickelt wurde. Das Wirkprinzip der überlagernden Vibrationsbelastung des Gerätes Galileo 2000 beruht auf der Auslösung eines zyklischen Muskeldehnungsreflexes, der als Resultat der Abfolge von Dehnung und Verkürzung schließlich überlagert wird und zu einer dauernden Muskelkontraktion führt (Rittweger 2010). Die Schwingungen bewirken bei einer Veränderung der Körperhaltung eine Variation des Muskeltonus. Bei einer Frequenz von z.B. 25 Schwingungen pro Sekunde werden über den nervalen Reflex 1500 Kontraktionen pro Minute in der Muskulatur erzeugt. Die Vibrationstherapie ist quasi eine reflektorische Muskelstimulation (Nishihira et al. 2002). Das Training beinhaltet diverse Ziele wie beispielsweise die Heilung einer jahrzehntelangen Therapieresistenz. Es kann auch bei Rückbildungsgymnastik nach Geburt oder als Vorbereitung zur SHIK-Operation angewendet werden. Aber auch zur Steigerung des Wohlbefindens sowie des Beckenbodenbewusstseins bei Patientinnen mit UHIK oder Senkungsbeschwerden (Deszensusbeschwerden) kann es eine wertvolle Ergänzung sein (von der Heide 2007). Studienergebnisse bei vibratorischen Muskelstimulationen sprechen nicht nur für Wirksamkeit bei Inkontinenz, sondern auch bei Osteoporose oder bei Wirbelsäulen- und Muskelbeschwerden durch Zunahme der Knochenfestigkeit und Muskelkraft (Rittweger 2010). *Review* und *Meta-Analyse* von Slatkovska et al. (2010) bestätigte eine Zunahme der Knochenfestigkeit durch Ganzkörpervibrationstherapie.

Erstmalig wurden in der ersten Galileo-Studie (Manke 2009) der Frauenklinik der Georg-August-Universität Göttingen die Auswirkungen einer Physiotherapie mit Hilfe des Galileo 2000 in Einzeltherapie auf die Stressharninkontinenz von Frauen analysiert. Eine weitere Galileo-Studie (von der Heide 2007) betrachtete die Auswirkungen einer Physiotherapie mit Hilfe des Galileo 2000 in Gruppentherapie auf die weibliche Stressharninkontinenz. Dieser Studie oblag das gleiche Prinzip wie in der ersten Studie. Untersucht wurde, ob eine intensive Vibrationstherapie mittels Galileo 2000 in Kombination mit einer Physiotherapie zu einer Verbesserung der Kontinenzrate bei Frauen mit urodynamisch gesicherter Belastungsinkontinenz führt. In der ersten Studie wurden 28 Probandinnen mit SHIK in drei Gruppen eingeteilt. Die Gruppe A erhielt eine Kombination aus Physiotherapie und Vibrationstherapie mit

dem Galileo 2000. Die Gruppe B begann mit Physiotherapie und wechselte zur Vibrations-therapie, während in der Gruppe C mit der Vibrationstherapie begonnen und anschließend zur Physiotherapie gewechselt wurde. In dieser Studie (Galileo 1) war die Kombinationstherapie am erfolgreichsten (Manke 2009). In der zweiten Galileo-Studie (Galileo 2) nahmen dreißig Patientinnen teil, die in Gruppentherapie behandelt wurden. Auch hier zeigte die Kombinationstherapie den größten Erfolg (von der Heide 2008).

1.6. Fragestellung

Die unter Studienbedingungen analysierten Ergebnisse des GVT bei der weiblichen SHIK sind schon dokumentiert. Daraufhin stellte sich die Frage, ob die sehr guten Therapieergebnisse des GVT unter Studienbedingungen auch im Klinikalltag zu erzielen wären, d.h. ob es den gewünschten Effekt der gesteigerten Patientenzufriedenheit bringt.

Ein weiterer, nicht unbedeutender Aspekt ist das Einführen einer neuen Therapie in den Alltag einer Krankenhausabteilung. Anhand des PDCA-Zyklus nach Deming (Glauser 2005, S. 16) wurde ein QMS entwickelt und implementiert, das helfen sollte, die Therapie in den Klinikalltag der urogynäkologischen Station der Frauenklinik Göttingen einzuführen. Deming liefert mit seiner Management-Lehre den PDCA-Zyklus (Glauser 2005, S. 16). An diesem Zyklus haben wir uns orientiert. Unter Zuhilfenahme dieses Zyklus sollte ein annähernd genauso guter Therapieerfolg des GVT im Klinikalltag erzielt werden wie unter Studienbedingungen. Das Ziel bestand in einer Darstellung, welche die Ergebnisse der Prozesse und deren Auswirkungen in ihrem ganzen Umfang bei der Einführung des GVT an der urogynäkologischen Station der Frauenklinik Göttingen offenlegt. Daraus ist die hier vorliegende Arbeit geworden. An deren Ende soll die Frage beantwortet werden, ob ein verbessertes QM auch zu einem größeren Therapieerfolg führt.

2. Patientinnen und Qualitätsmanagementsystem

Das Einführen einer Therapie in den Klinikalltag ist nicht unkompliziert, denn es interferiert mit dem Gesamtprozess der Klinik. Aus diesem Grund ist die Einführung so zu optimieren, dass weder der Patient noch die Klinik Leidtragende sind. Für die Umsetzung des genannten Zieles kehrten wir mit diesem Projekt in die Ökonomie zu den Ursprüngen der Qualitätsverbesserung zurück. William Edwards Deming beeinflusste mit seiner Lehre stark die Weltwirtschaft nach dem Zweiten Weltkrieg (Glauser 2005; siehe Kapitel 1.2, S. 6-8). Grundlage für das Einführen des GVT an der Frauenklinik Göttingen war der nach ihm entwickelte PDCA-Zyklus zur Qualitätsverbesserung. Die Galileo-Studien 1 und 2 sind mit ihren spezifischen Bedingungen (Studienbedingungen) Ausgangsmaß für den Fokus der Patientenzufriedenheit. Mit diesen beiden Gruppen wurden die neuen Patientinnengruppen verglichen, die im Klinikalltag mit dieser Therapie behandelt wurden.

Im Folgenden wird detailliert das QMS mit den modifizierten PDCA-Zyklen und dem Einfluss auf das Therapieergebnis sowie das Patientenkollektiv beschrieben. In diesem Projekt wurde der modifizierte Deming-Zyklus zweimal durchlaufen. Dies war notwendig geworden, nachdem trotz Qualitätsverbesserungsmaßnahmen die Patientenzufriedenheit zunächst stark abgenommen hatte. Im zweiten Durchlauf ließ sich mit Hilfe bestimmter Maßnahmen eine deutliche Steigerung bis auf Studienbedingungs-niveau erzielen.

2.1. Die Therapie: Das Galileo-Vibrationstraining

Das Galileo-Vibrationstraining (GVT) ist eine Kombination aus konservativer Physiotherapie und Übungen auf der Vibrationsplatte Galileo 2000. Sowohl Ausgangsposition als auch Bewegungsabläufe auf dem Gerät werden auf die individuellen Erfordernisse abgestimmt. Auch die Anzahl der Schwingungen muss speziell der jeweiligen Reaktionslage angepasst werden. Gegenanzeigen mit der Arbeit auf der Vibrationsplatte Galileo 2000 sind bislang alle körperlichen Zustände, die der Ruhe bedürfen, z.B. Schwangerschaft, akute Infekte, schwere Herzbeschwerden, akute Sehnenbeschwerden im trainierten Körperbereich, frische Thrombosen, unmittelbar nach Operation (frische Narben, frische Wunden), rheumatoide Arthritis, aktive Arthrosen und Arthropathien, Steinleiden (von Gallenwegen und ableitenden Harnwegen), akute Hernien, akute Depressionen, Migräneanfälle, Epilepsie und ggf. Malignome (es liegen bislang keine gesicherten Daten vor).

Die wöchentliche Trainingszeit des GVT wurde auf zwei Trainingseinheiten festgesetzt. Bewährt hatte sich eine Behandlungsdauer pro Therapieeinheit von insgesamt ca. vierzig Minuten. Die Physiotherapie beträgt dreißig Minuten und die Vibrationstherapie zwei mal vier Minuten. Grundsätzlich erhielt jede Patientin mindestens sieben Therapieeinheiten Physiothe-

rapie. Mindestens zwanzig Termine sollten jedoch durch die Patientinnen wahrgenommen werden (von der Heide 2008).

2.2. Untersuchungskollektiv

In der Patientenbefragung wurden vier Gruppen mit Frauen analysiert. Im Folgenden werden die Gruppen I, II, IIIA und IIIB erläutert. Nachdem über die vorherigen Studien in der Presse berichtet wurde, wendeten sich viele Patientinnen direkt an die Klinik und fragten nach der Therapie. Daraus ergab sich der Ansatz, das GVT im Klinikalltag zu begleiten. Befragt und gesammelt wurden die Daten der Patientinnen, die sich im Zeitraum von April 2003 bis April 2005 einem GVT unterzogen. Daraus ergab sich ein sehr variables Patientenkollektiv mit Harninkontinenz bzw. mit urogynäkologischen Beschwerden als Indikation zur konservativen Therapie mittels GVT.

Diejenigen Patientinnen, die den ersten PDCA-Zyklus durchliefen und befragt wurden, bildeten die **Gruppe IIIA**. Dargestellt wird der subjektive Therapieerfolg. Aufgrund erheblicher Mängel im Therapieablauf wurden weitere Qualitätsverbesserungsmaßnahmen (QVM) entwickelt und implementiert. Daraufhin wurde ein weiterer PDCA-Zyklus angesetzt. Die zweite Gruppe (**Gruppe IIIB**) fasste diejenigen Patientinnen zusammen, die den PDCA-Zyklus 2 durchliefen (siehe Tabelle 2, S.20) und befragt wurden. Dadurch konnten die Auswirkungen der entwickelten und implementierten QVM ermittelt werden.

Die Patientinnen aus den vorherigen Galileo-Studien, die unter Studienbedingungen behandelt wurden, sind der Maßstab für die Patientenzufriedenheit. Deren subjektiver Therapieerfolg liefert das Ausgangsmaß für die Qualität des Therapieergebnisses. Um eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu ermöglichen, war es notwendig, dass die Frauen der vorherigen Studien die gleichen Fragen gestellt bekommen wie die Patientinnen des Klinikalltags. Daher wurde diesen Patientinnen per Post der entsprechende Fragebogen zugesandt (siehe Kapitel 2.3.3, S. 21-23).

In einem Zeitraum von neun Monaten nahmen dreißig Patientinnen an der Studie **Galileo 1** (hier als **Gruppe I** bezeichnet) teil, die sich einem Galileo-Vibrationstraining in Einzeltherapie unterzogen. Zwei Patientinnen waren verzogen, sodass sich ein Patientenkollektiv von 28 Frauen ergab. Im Anschluss erfolgte die zweite Galileo-Studie (**Galileo 2 = Gruppe II**), an der ebenfalls dreißig Patientinnen in einem Zeitrahmen von neun Monaten teilnahmen, jedoch in Gruppentherapie.

Auf diese Weise entstanden vier zu befragende Gruppen (siehe Tabelle 1, S. 18). Die Frauen der Gruppen I und II wurden unter Studienbedingungen therapiert, die Patientinnen der Gruppen IIIA und IIIB unter Alltagsbedingungen. Die Therapie wurde in der Gruppe IIIA von

drei Frauen und in der Gruppe IIIB von zwei Frauen abgebrochen. Deren Befragung wurde in die Zufriedenheitsbewertung mit einbezogen und lieferte wertvolle Informationen in Bezug auf die Patientenanalyse.

Tabelle 1: Patientenkollektiv

Galileo 1	Galileo 2	Galileo 3	
Gruppe I n = 28 Probandinnen	Gruppe II n = 30 Probandinnen	Gruppe IIIA n = 23 Patientinnen	Gruppe IIIB n = 23 Patientinnen

2.3. PDCA-Zyklus 1

2.3.1. Plan

Nach Abschluss der Planung wurde diese dem Therapieteam vorgestellt, damit es die eigene Arbeit auf die Strategieumsetzung ausrichten konnte. Das Hauptziel dieses Projektes bestand darin, Maßnahmen zu entwickeln, die der Einführung und Etablierung des unter Studienbedingungen bereits bewährten GVT in den Klinikalltag dienen sollten. Um dieses Hauptziel zu erreichen, wurden folgende weitere Ziele formuliert:

- Die Patientin soll durch die Qualität der Dienstleistung im Krankenhaus einen positiven Eindruck vom Ablauf der Therapie gewinnen.
- Durch das Steigern der Prozessqualität soll die Ergebnisqualität erhöht werden.² Das schließt verschiedene Aspekte ein:
 - optimiertes Zeitmanagement verringert Wartezeiten
 - Abschaffung des Gefühls der Anonymität
 - gezielte und höfliche Betreuung der Patientin
 - Die Bedürfnisse der Patientin werden soweit wie möglich berücksichtigt.
- Die Erfüllung des Auftrags wird durch ein kompetentes, fachkundiges und motiviertes Team gewährleistet.
- Erhöhung der Mitarbeiterzufriedenheit und –motivation (siehe Deming 12A: Schaffe Voraussetzung für Erfolgserlebnisse für Mitarbeiter). Denn Unzufriedenheit des Klinikpersonals und des Managements darf das Ergebnis der Therapie nicht verzerren.
- Mit Hilfe von Fragebögen werden die Patientinnen ermuntert, Kritik zu üben.

² Zur Definition dieser Begriffe vgl. die Einleitung der vorliegenden Arbeit.

- Das GVT soll eine Alternative zu den üblichen Therapie-Möglichkeiten der SHIK werden.
- höhere Lebensqualität durch das GVT.

Ob die geplanten Maßnahmen fruchteten und inwieweit die Patientinnen mit den vorhandenen Abläufen zufrieden waren, wurde mithilfe entsprechend erhobener Daten beurteilt, welche die Ist-Analyse und die Patientenanalyse umfassten. Mit der **Ist-Analyse** wurden die innerbetrieblichen Abläufe und dadurch die Prozessqualität dargestellt. Dadurch erhielt man ein Bild, wie weit die Therapieziele entfernt waren bzw. welche Therapieziele bereits erreicht wurden; somit ließ sich die Planung genauer gestalten. Sämtliche Stationen der Therapie sowie alle ihr zugeordneten Tätigkeiten in den verschiedenen Organisationsbereichen wurden begleitend beobachtet, ohne korrigierend einzugreifen (orientiert an Weiss und Zech 1998). Um die Beobachtungen später auswerten zu können, wurde ein Erfassungsbogen (siehe Anhang) erstellt, in dem der Arbeitsablauf jeder Station mit den Schnittstellen, Verantwortlichkeiten, Schwachstellen, Fehlern u.v.m. notiert wurde.

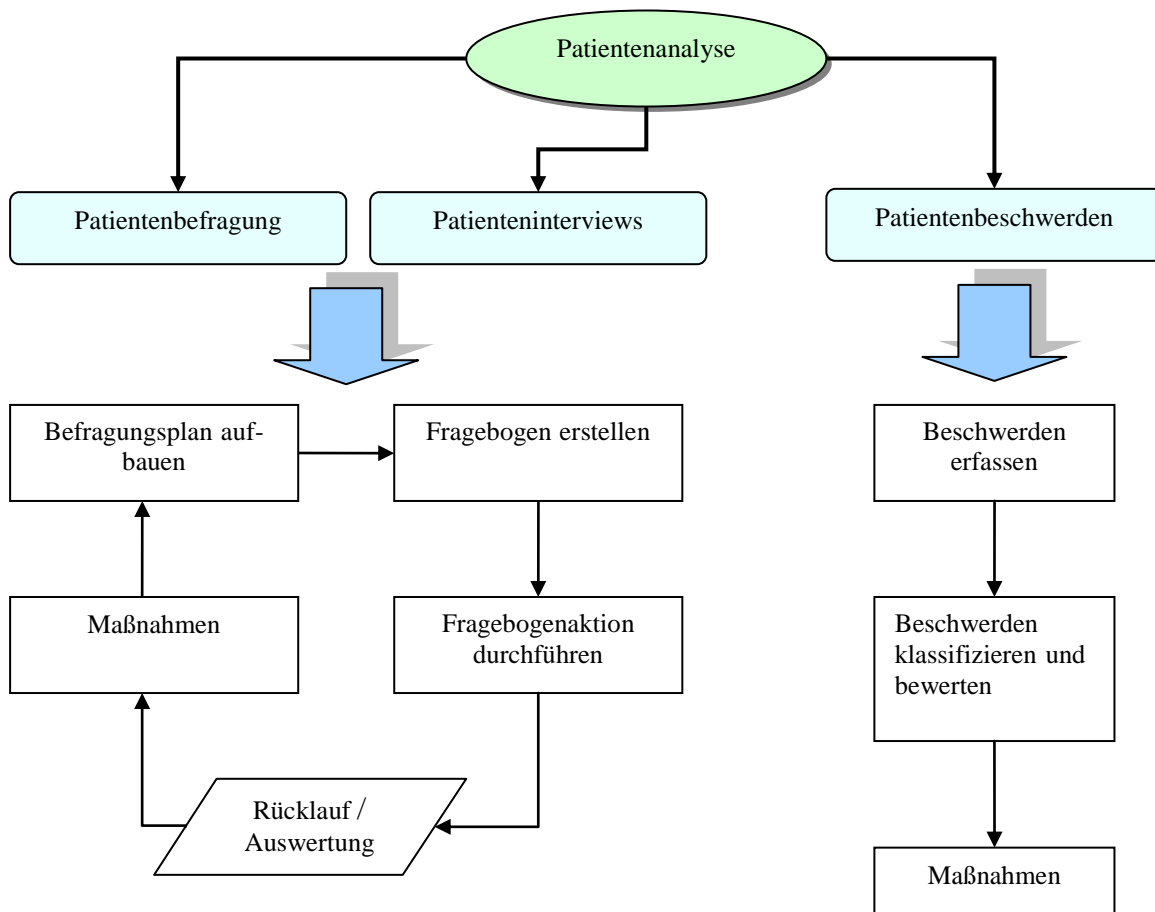


Abbildung 2: Aufgaben der Patientenanalyse

Die **Patientenanalyse** setzte sich aus Patientenbefragungen sowie der Evaluierung von Patientenbeschwerden und -interviews zusammen. Damit sollte die Sicht der Patientin in Bezug auf die Prozessabläufe dargestellt werden.

Die Patientenbefragung wurde mit Hilfe von vier Fragebögen durchgeführt (siehe Kapitel 2.3.3, S. 21-23). Diese ermöglichten, die Beeinflussbarkeit der objektiven Daten durch die Prozessqualität zu analysieren. Die Befragung wurde terminlich früher geplant, angelegt und bearbeitet (siehe Tabelle 2).

Für die Patientenbeschwerden wurde ein Erfassungsbogen erstellt. Aus den aufgetretenen Fehlern wurden Fehler- und Ursachencodes abgeleitet; sie dienten zur Entwicklung von Standard-Korrekturmaßnahmen, um dadurch gezielte Maßnahmen einzuleiten und zukünftige Beschwerden zu verhindern.

Tabelle 2: Arbeitsprogramm PDCA-Zyklus 1

Maßnahmen	Zeitintervall der Maßnahme	
	Beginn (Monat/ Jahr)	Ende (Monat/ Jahr)
Planung und Erstellung der Fragebögen und von QVM	01/ 2003	04/ 2003
Erstellung der Fragebögen	02/ 2003	04/ 2003
Einführung der Fragebögen 1	04/ 2003	
Ist-Analyse	01/ 2003	04/ 2003
Planung der Arbeitsabläufe	01/ 2003	04/ 2003
Ein- und Unterweisung der Mitarbeiter	04/ 2003	
Einführung der neuen QVM	04/ 2003	
Überarbeitung der Fragebögen	05/ 2003	29.12.2003
Auswertung (Pat.-Analyse) + Mitarbeiterbesprechung	01/ 2004	
Planen eines neuen Zyklus	01/2004	

Um möglichst alle Aspekte einzubeziehen, wurden stichprobenartig Interviews mit den Patientinnen geführt. Gefragt wurde nach Verständlichkeit, Missverständnissen, Formulierungen sowie Gefühlen und Bedürfnissen im Anschluss an das Ausfüllen des Fragebogens. Selbstverständlich fanden auch die positiven Aspekte Beachtung.

Anhand der Ist- und der Patientenanalyse konnten Schwachstellen und Fehler in Organisation und Ablauf herausgefiltert und auf dieser Grundlage neue **Verfahrensanweisungen** entwickelt bzw. bestehende Verfahrensanweisungen überdacht sowie effizienter gestaltet werden.

Die Planung der Arbeitsabläufe zeigte die wichtigsten aufeinander folgenden Verfahrensanweisungen auf. Dadurch wurden Schnittstellen und markante Kontrollpunkte innerhalb der Prozessabläufe (Bsp. siehe Tabelle 5, S. 28) auf einen Blick sichtbar gemacht (orientiert an Weiss und Zech 1998). Der Arbeitsablauf mit seinen Verfahrensanweisungen ist dem Anhang zu entnehmen.

2.3.2. Do

Den Mitarbeitern wurde am 10.12.2003 in einem Schreiben mitgeteilt, dass Qualitätsverbesserungsmaßnahmen eingeführt werden mit dem Ziel, das GVT im Klinikalltag zu etablieren. Um eine möglichst hohe Mitarbeit und Compliance der Mitarbeiter zu erzielen, erfolgte die Mitteilung durch den QMS-Verantwortlichen. Die Einführung der Qualitätsverbesserungsmaßnahmen ging mit vielen Prozessänderungen einher, die in den folgenden Kapiteln beschrieben werden.

2.3.3. Die Fragebögen

Die Patientenbefragung wurde mithilfe von vier Fragebögen durchgeführt (Fragebogen 1, 2, 3 und 4 für FB1, FB2, FB3, FB4), die zu unterschiedlichen Zeitpunkten verteilt wurden. FB1 ist der Eingangsfragebogen, der bei Erstaufnahme der Patientin ausgehändigt wird. FB2 und FB3 sind Nachbefragungen und werden direkt nach der Therapie und drei Monate nach Abschluss der Therapie der Patientin ausgegeben bzw. zugesandt. FB4 befasst sich mit Aspekten der Patientenzufriedenheit, während die FB1, FB2 und FB3 wesentlich Fragen bezüglich der Harninkontinenz beinhalten.

Die Grundlage dieser Fragebögen bildeten mehrere präexistente Fragebögen. Der B-FLUTS (*The Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms questionnaire*) lieferte Vorlagen bezüglich der Symptomatik des unteren Harntraktes (Jackson et al. 1996, Oh und Ku 2007). Für die Differentialdiagnose der Inkontinenzform war der ISQ (*incontinence screening questionnaire*) hilfreich (Gunthorpe et al. 2000). Fragen hinsichtlich der Physiotherapie lieferte der Tanzberger-Fragebogen (Tanzberger et al. 2004, S. 417-429). Grundlegende Fragen wurden dem Inkontinenz-Fragebogen von Gaudenz (1979) entnommen und umformuliert.

Die FB1, FB2 und FB3 enthalten neben dem zweiseitigen nummerierten Fragebogen und dem Begleitschreiben den *King's Health Questionnaire* (KHQ) (Kelleher et al. 1997), der Aufschlüsse über die Lebensqualität bei einer Harninkontinenz gibt. Er wurde angehängt, um die

Auswertbarkeit der Fragebögen zu vergleichen. Die Validität des KHQ wurde in verschiedenen Studien schon bestätigt (Badia Llach et al. 2000; Tamanini et al. 2004). Das Layout des KHQ wurde für das Qualitätsmanagement angepasst.

Im Folgenden wird nur der für die vorliegende Arbeit wichtige FB4 genauer beschrieben. Daher erfolgt lediglich eine allgemeine Beschreibung der Strukturierung der anderen Fragebögen. Aufgrund von Erfahrungen bisheriger Patientenbefragungen (Oh und Ku 2007; Blum 1995, S. 87, Klotz 1996) wurden die Fragebögen so gestaltet, dass positiv und negativ formulierte Fragen sowie Multiple-Choice-Fragen, zum Teil kombiniert mit offenen Fragen, integriert sind. Die Beantwortung einiger Multiple-Choice-Fragen erfolgte auf einer fünfwertigen Werteskala. Die Patientin konnte sich mit jeweils zwei abgestuften positiven und negativen Werten sowie einem mittleren Wert ausdrücken (siehe Tabelle 3). Die fünfwertige Rating-Skala wurde verwendet, um eine geringere Streuung der Bewertung zu erzielen.

Tabelle 3: Werteskala

1	2	3	4	5
sehr gut	gut	mittelmäßig	schlecht	sehr schlecht

Die offenen Fragen gaben den Patientinnen die Möglichkeit, Ergänzungen, Kritik sowie Empfindungen bei den Antwortvorgaben zu äußern. Die offenen Fragen sind zwar für die Auswertung sehr zeitaufwändig, können aber sehr aufschlussreich sein. Unter anderem werden Schwachstellen erkannt, positiv empfundene Gegebenheiten beibehalten und Verbesserungsvorschläge umgesetzt.

Begleitschreiben des Fragebogens: Für jeden FB wird jeweils ein Begleitschreiben formuliert. Die Patientin wird auf die Patientenbefragung, deren Anonymität und Freiwilligkeit hingewiesen sowie über Durchführung, Sinn und Zweck der Befragung informiert. Zur Erhöhung der Akzeptanz der Untersuchung wird das Begleitschreiben mit dem Briefkopf der Frauenklinik der Georg-August-Universität Göttingen versehen und von dem Oberarzt Prof. Dr. med. Viereck unterzeichnet, unter dessen Leitung die Behandlung der Patientin stand. Die Frauen, die der Fragebogenaktion zustimmten, wurden zuvor von dem Leitstellenpersonal darüber informiert.

Anonymer Fragebogen (FB4)

Der im Anhang abgebildete zweiseitige FB4 unterscheidet sich wesentlich von den drei anderen (FB1, 2 und 3) insofern, als hier nach der persönlichen Meinung der Patientinnen gefragt wird. Er beinhaltet in Bezug auf die Teilqualitäten drei Themenkomplexe:

- Fragenkomplex A1 (Seite 1): Prozessqualität

- Fragenkomplex A2 (Seite 2): Therapiequalität
- Fragenkomplex B (Seite 2): Dienstleistungsqualität.

Der Fragenkomplex A1 gibt der jeweiligen Patientin die Möglichkeit, sich in freien Feldern zu äußern. Hinzugefügt wurde die Möglichkeit, „ja“ oder „nein“ anzukreuzen, um unterscheiden zu können, ob die Patientin die Frage nicht beantwortet oder verneint hat. Denn anfänglich ließ sich nicht erkennen, ob die Frauen keine Angaben gemacht haben, weil sie z.B. die Frage nicht verstanden hatten oder weil sie keine Lust hatten, die offene Frage zu beantworten. Nachdem die Ja/Nein-Option eingeführt wurde, verringerte sich die Zahl der nicht beantworteten Fragen deutlich. Die Fragenkomplexe A2 und B enthalten Fragen, die mit einer fünfwertigen Skala zu beantworten waren (siehe Tabelle 3, S. 22).

2.3.4. Fragebogenmanagement

In der Einführungsphase der Fragebögen fielen Probleme beim Ausfüllen der Fragebögen auf. Die Frauen suchten teilweise eine Unterlage und einen Stift. Dadurch konnte der FB1 nur mangelhaft ausgefüllt werden. Deshalb wurden fünf Klemmbretter mit einem daran befestigten Kugelschreiber für die Leitstelle besorgt und den Patientinnen bei Bedarf ausgehändigt.

2.3.5. Gestaltung der Fragebögen

Während der Einführung der Fragebögen zeigte sich, dass es aufgrund der Unübersichtlichkeit und der Uneinheitlichkeit der Fragebogennamen innerhalb aller Abteilungen zu Verwechslungen kam, da die unterschiedlichen Fragebögen einheitlich weiß gefärbt waren. Aus diesem Grund wurden die Fragebögen unterschiedlich farblich getönt, um Verwechslungen bei der Aushändigung durch das Personal zu verhindern. Dies bewirkte eine bessere Kommunikation zwischen den jeweiligen Stationen, da sich eine einfache Bezeichnung einbürgerte wie etwa „gelber Fragebogen“. Der FB1 wurde auf hellgelbem, der FB2 auf hellblauem und der FB3 auf hellrotem Papier gedruckt. Der FB4 wurde der Gruppe IIIA und IIIB mit dem FB2 ausgehändigt und war deswegen hellblau eingefärbt. Den Gruppen I und II wurde der FB4 dem hellroten FB3 beigefügt und war entsprechend gefärbt.

2.3.6. Mitarbeiterzufriedenheit

Die Wichtigkeit der Mitarbeiter betonte Deming in vielen Punkten (Glauser 2005). Beispielsweise beschrieb er in Punkt 14A: „Stelle die aktive Beteiligung jeden Mitarbeiters an der Umgestaltung der Firma sicher“ (Glauser 2005, S. 23). Diesen Aspekt setzten wir mit folgenden Punkten um:

1. Zertifizierungen:

Die Physiotherapeuten, die unter anderem das Galileo-Vibrationstraining mit entwickelt haben, erhielten offizielle Zertifikate, die ihre Kenntnisse im Umgang mit dem GVT bescheinigten. Außerdem wurden Schulungen und Fortbildungen für externe Physiotherapeuten und Ärzte entwickelt und abgehalten. Bei erfolgreicher Teilnahme wurden ebenfalls Zertifikate ausgehändigt.

2. Mitarbeiterbesprechungen und QMS-Bewertung:

Besprechungen mit den Mitarbeitern (hier: Personal der Leitstelle und der Pflege) wurden meistens nach Bedarf angesetzt. Dabei wurde eingangs über das Patientenfeedback mittels Fragebögen berichtet. Diese regelmäßigen Updates über positive und negative Patientenfeedbacks stellten sich bei Lob als äußerst hilfreiche Mitarbeitermotivation dar. Berechtigte Kritik wurde sachlich formuliert, was zu positiver Aufnahme und dadurch zu Verbesserungen des Prozessablaufs führte.

3. Ein- und Unterweisung:

In regelmäßigen Abständen fanden Ein- und Unterweisungen statt. Diese zielten hauptsächlich auf die Arbeitsabläufe und Zuständigkeiten sowie die Auswertung der Fehleranalyse. Neue Mitarbeiter erhielten eine Unterweisung in die Verfahrensanweisungen bezüglich des Galileo-Vibrationstrainings. Ein- und Unterweisungen der Schwestern erfolgten initial in regelmäßigen Abständen. Grundsätzlich war die Pflegeleitung dabei. Anschließend wurden neue Mitarbeiter, Urlauber und Wiedereinsteiger intern ein- und unterwiesen. Die Ein- und Unterweisung der Ärzte geschah persönlich und schriftlich.

2.3.7. Besprechung mit den Physiotherapeuten

Mit den Physiotherapeuten wurden wöchentlich einstündige Besprechungen abgehalten. Vorab wurde eine Liste mit verschiedenen TOP' s erarbeitet, die wie folgt aussah:

- 1) Begrüßung
- 2) Fragen zur Organisation (Fehleranalyse und Patientenfeedback)
- 3) Fragen zu Patientinnen
- 4) Sonstiges.

Beiderseits wurde regelmäßig ein Protokoll der Sitzung erstellt und archiviert. Nach Auswertung der Besprechung und Ableitung der Maßnahmen wurden beiderseits die anstehenden notwendigen Maßnahmen durchgeführt.

2.3.8. Einrichten einer telefonischen Sprechstunde

Für Anfragen von Patientinnen wurde eigens eine wöchentliche telefonische Sprechstunde eingerichtet. Personen konnten anonym ihr Anliegen darstellen. Dies wurde nach Ausstrah-

lung der ersten Fernsehsendungen über das GVT notwendig, was zu vermehrten Anrufen an der Leitstelle führte. Das Personal konnte dermaßen konkrete Fragen bezüglich der medizinischen Indikation weder beantworten noch personell bewältigen. Daher wurde von der Autorin eine eigene Inkontinenz-Hotline eingerichtet, deren Betreuung sie anfangs selber übernahm. Nach Etablierung eines Systems mit Verfahrensanweisungen übernahmen die Physiotherapeuten nach einer Einweisung die Beratung. Dafür wurden die telefonischen Beratungszeiten geändert, damit mindestens ein Physiotherapeut zu der angegebenen Zeit freigestellt war, die Anrufe entgegenzunehmen. Zusätzlich konnten die Interessenten auf einem Anrufbeantworter für diese Hotline eine Nachricht mit der Bitte um Rückruf hinterlassen. Auf der Grundlage der gestellten Fragen wurde eine Liste mit den FAQ erstellt und die Antworten formuliert (siehe Anhang).

2.3.9. Therapie-Werbung

Die Ergebnisse der erfolgten Studien Galileo-1 und -2 wurden zuerst in Fachzeitschriften veröffentlicht. Aufgrund eines verstärkten Interesses der Öffentlichkeit wurden mehrmals danach Fernseh- und Radioberichte ausgestrahlt, später erschienen auch Artikel in Frauenzeitschriften sowie in der *Apothekerumschau*. Zum Zweck einer regelmäßigen umfassenden Information wurden eine Internethomepage eingerichtet und Flyer hergestellt. Diese wurden im Wartebereich, an der Anmeldung, im Behandlungszimmer, in den Therapieräumen der Physiotherapeuten und im gesamten Klinikum ausgelegt. Zusätzlich erfolgte eine Verteilung in Apotheken und bei Ärzten. Außerdem wurden auf der *Homepage* www.uni-frauenklinik-goettingen.de (eingesehen am 03.11.2012) unter *Beckenbodenzentrum* Informationen eingestellt. Informationen erhielten die Interessentinnen bei Anfrage per E-Mail, per Post oder per Faxabruf.

2.3.10. Modernisierung der Formblätter

Ein wichtiger Punkt ist die Pflege der Dokumente. In diesem Zusammenhang fiel auf, dass die Mitarbeiter mit zum Teil veralteten Formblättern für die Patientenakte arbeiteten. Unter anderem waren die Original-Ausgaben nicht mehr auffindbar und die mehrfach kopierten Formate teilweise schlecht lesbar. Deshalb wurden alle Formblätter, welche die urogynäkologische Sprechstunde betrafen, aktualisiert und als Datei gespeichert. Dieser Schritt nahm sehr viel Zeit in Anspruch, da die Formblätter nicht zu viel ihres ursprünglichen Charakters verlieren durften, damit bei den Anwendern keine Verständnisprobleme entstanden. Nach kurzer Testphase stellte sich heraus, dass einige Punkte der Befundbögen nicht ausgefüllt wurden, da dies zu viel Zeit während der Untersuchung beanspruchte und den Ärzten anscheinend unwichtig erschien. Nach Analyse und Rücksprache mit den jeweiligen Ärzten

wurden die Formblätter weiter modifiziert, Inhalte entnommen und neue Aspekte hinzugefügt.

2.3.11. Check

Die Auswertung der Patientenanalyse IIIA geschah mittels Fragebögen, Patienteninterviews und der patientenorientierten Beschwerdebearbeitung. Die Patientenanalyse soll gleichsam die Bilanz des QMS darstellen. Die Prozessqualität wird mithilfe dieser Aspekte beurteilt. Patientenbeschwerden demonstrieren Mängel in der Prozessqualität, wobei zu den Patientenbeschwerden negative wie positive Äußerungen zählen. Durch die Bearbeitung der Beschwerden sollte die Prozessqualität verbessert und mithilfe der Patientenbefragung die Verbesserung evaluiert werden. Die Auswertung ergab schlechtere Daten als erwartet. Die Ergebnisse entsprachen bei weitem nicht den Erwartungen. Daraus konnte geschlossen werden, dass die zunächst durchgeführten Maßnahmen bislang nicht das erwünschte Maß der Patientenzufriedenheit erreichten.

2.3.12. Act

Nach Durchlauf des PDCA-Zyklus 1 wurden größere Mängel im Ablauf aufgedeckt, sodass die Entscheidung fiel, neue Qualitätsverbesserungsprojekte zu entwickeln und einzuführen sowie bestehende Projekte zu verbessern. Der PDCA-Zyklus musste deswegen ein weiteres Mal durchlaufen werden.

2.4. PDCA-Zyklus 2

2.4.1. Plan

Nach Einführung der Verbesserungsmaßnahmen (PDCA-Zyklus 1) zeigten sich in bestimmten Abläufen Schwierigkeiten. Dazu gehörte besonders die Ablauforganisation. Beispielsweise war die Handhabung der Fragebögen inkorrekt. Ein weiteres Problem waren etwa unterschiedliche Aussagen der Patienten bei den Physiotherapeuten einerseits und den Ärzten andererseits. Hieraus entstand die Notwendigkeit einer Kommunikationsplattform zwischen Arzt und Physiotherapeut. Außerdem wurden die Fragebögen an Layout und Inhalt modifiziert.

Das Untersuchungskollektiv ist im Kapitel 2.2 (S. 17-18) genauer beschrieben. Die Gruppe der Patienten, die nun die korrigierten und modifizierten Fragebögen und Arbeitsabläufe erhielten, wird als Gruppe IIIB bezeichnet. Dadurch wurde eine Vergleichbarkeit zwischen den erfolgten PDCA-Zyklen ermöglicht. Die Erkenntnisse aus dieser Patientenanalyse flossen nun ebenfalls in die Ist-Analyse mit ein.

Für den Umgang mit Organisationsfehlern war die Qualitätsmanagementbeauftragte verantwortlich. Sie kontrollierte regelmäßig, ob die aufgenommenen Reklamationen oder Verbesserungsvorschläge (z.B. aus dem FB4) ein- bzw. durchgeführt wurden. Die meisten Informationen für Organisationsfehler kamen bei den wöchentlichen Besprechungen mit den Physiotherapeuten und bei der Patientenbefragung heraus. Ein weiteres wichtiges Indiz für Organisationsfehler waren die am Ende des GVT (bzw. bei der, wenn überhaupt stattfindenden, Abschlussuntersuchung) fehlenden Unterlagen. Der zeitliche Ablauf bzw. die Planung des PDCA-Zyklus 2 ist der unten aufgeführten Tabelle zu entnehmen.

Tabelle 4: Arbeitsprogramm PDCA-Zyklus 2

Maßnahmen	Zeitintervall der Maßnahme	
	Beginn (Monat/ Jahr)	Ende (Monat/ Jahr)
Planung und Entwicklung neuer QVM	01/ 2004	01/ 2004
Verbesserung der Fragebögen	01/ 2004	01/ 2004
Einführung verbesserter Fragebögen Gruppe IIIB	01/ 2004	04/ 2005
Ist-Analyse + Patientenanalyse	01/ 2004	04/ 2004
Einführung der neuen QVM	02/ 2004	
Auswertung und Bewertung	04/ 2004	

2.4.2. Do

Nachdem nun neue QVM entwickelt wurden, mussten diese den Mitarbeitern vorgestellt werden. Hierfür wurde eine Sitzung festgesetzt und die Maßnahmen mit den Mitarbeitern erarbeitet (siehe Tabelle 4). Direkt im Anschluss erfolgte die Einführung der neuen QVM, die beobachtend begleitet wurde. Jedoch wurde nun bei Fehlern direkt korrigierend eingegriffen, um einen weiteren Zeitverlust zu vermeiden. Dies erwies sich als effektive Methode, da die Korrektur der Fehler den Mitarbeitern durch Kollegen weitergegeben wurde.

2.4.3. Optimierung der Weiterleitung der Unterlagen von ärztlicher Untersuchung zum physiotherapeutisch begleiteten GVT

Die bei der Mitarbeiterbesprechung gegebenen Anweisungen, beispielsweise die Fragebögen zu kopieren und in die entsprechenden Order bzw. Briefkästen zu legen, wurden nur zum Teil oder gar nicht umgesetzt. Die Physiotherapeuten erhielten dadurch weder Anamnese- noch Befundunterlagen aus der Eingangsuntersuchung und konnten sich nicht adäquat auf die Behandlung vorbereiten. Dieses Problem an der Schnittstelle zwischen Sprech-

stunde und Überweisung der Unterlagen an die Physiotherapeuten war sehr schwierig zu beheben. Die Lösung gestaltete sich folgendermaßen: Die Schwestern kopieren im Anschluss an die Eingangsuntersuchung die Befunde und den FB1 für die Physiotherapeuten. Innerhalb der Station, wo die Eingangsuntersuchungen stattfinden, befindet sich ein Briefkasten für die Ablage der Kopien. Ein Einwurf der Kopien ist somit ohne nennenswerten Mehraufwand möglich und der Datenschutz wird nicht vernachlässigt.

2.4.4. Organisation der Fragebogenverteilung

Das zunächst unregelmäßige Aushändigen der FB2 und FB4 vor Ende des GVT durch die Physiotherapeuten bedeutete einen großen Datenverlust. Dies wirkte sich unter anderem negativ auf die Patientenzufriedenheit aus (siehe Ergebnisse). Auch hier wurde in der wöchentlichen Besprechung eine bessere Lösung erarbeitet: In der vorletzten Therapiestunde wird der Patientin der FB2 ausgehändigt. Zur letzten Therapiestunde bringt die Patientin den FB2 wieder mit. Den beigefügten FB4 wirft die Patientin in den dafür eingerichteten Briefkasten, um die Anonymität zu wahren. Der Zeitpunkt, an dem die Fragebögen den Patienten entsprechend ausgehändigt wurden, ist der Tabelle 5 zu entnehmen.

Tabelle 5: Fragebogen-Verteilung (Verfahrensanweisung)

		Fragebögen	Farbe	Art der Verteilung	Zeitpunkt der Verteilung (+ Verantwortlicher)
Galileo 1	Gruppe I	FB3 + FB4	weiß	per Post	Zu Beginn Galileo 3 (Doktorandin)
Galileo 2	Gruppe II				
Galileo 3	Gruppe IIIA	FB1	weiß	persönlich	Zu Beginn der Therapie (Physiotherapeuten)
		FB3 + FB4	weiß	per Post	> 3 Monate nach Abschluss der Therapie (Doktorandin)
	Gruppe IIIB	FB1	gelb	persönlich	Bei Neuanmeldung (an der Leitstelle)
		FB2 + FB4	blau	persönlich	Vorletzte Stunde GVT (behandelnder Physiotherapeut)
		FB3	rot	per Post	Genau 3 Monate nach Abschluss der Therapie (Doktorandin)

2.4.5. Wartezeiten und Terminvergabe

Neben den zum Teil langen Wartezeiten an der Leitstelle/ Anmeldung fiel auf, dass die Patientinnen häufig zu wenig Zeit hatten, den erhaltenen FB1 auszufüllen. Die Terminierung war also nicht optimal. Das Problem wurde in einer Mitarbeiterbesprechung diskutiert. Der

Lösungsansatz sieht vor, dass bei der Terminvergabe die Patientin zehn Minuten früher einbestellt wird, damit ausreichend Zeit für das Ausfüllen des FB1 vorhanden ist.

Neben sprachlichen Problemen ergaben sich Verständnisprobleme in Bezug auf die Fragestellungen des Fragebogens. Einige Frauen suchten Unterstützung bei den Mitarbeiterinnen an der Leitstelle. Diese hatten jedoch angesichts des hohen Patientenaufkommens nicht immer Zeit, die Fragen zu beantworten.

In stressigen Situationen an der Leitstelle wurde der FB1 häufig nicht ausgeteilt. Die Weitergabe der internen Informationen funktionierte scheinbar nicht effektiv. Dadurch gingen viele Daten und Informationen für den Arzt und den Physiotherapeuten verloren. Diese mussten dann durch eine länger andauernde Anamnese vermehrt Zeit aufwenden. Dabei sollte umgekehrt durch die Anamnesebögen Zeit während des Gespräches eingespart werden, denn der Arzt sollte bereits anhand des Fragebogens eine detaillierte Einsicht in das Beschwerdebild der Patientin erhalten. Dieses Problem wurde mehrfach bei den individuell festgesetzten Mitarbeiterbesprechungen diskutiert. Nach einer gewissen Einarbeitungsphase von mehreren Wochen zeigte sich, dass die neuen Prozesse allmählich stabiler verliefen.

Die Freundlichkeit des Personals an der Anmeldung wurde unterschiedlich bewertet, was besonders in der Patientenanalyse deutlich wurde (siehe Ergebnisse). Fehlende Höflichkeit wirkt sich negativ auf die Patientenzufriedenheit aus. Auch dieses Problem wurde in einer angesetzten Mitarbeiterbesprechung diskutiert.

2.4.6. Rezeptierung der Physiotherapie

Die Rezepte für die Physiotherapie waren regelmäßig nicht korrekt ausgefüllt. Dies führte zu Verzögerungen, da die Physiotherapeuten den entsprechenden Arzt aufsuchen mussten, um sich ein neues Rezept ausstellen zu lassen. Deshalb wurden Beispiele als Hilfestellung an einer Pinnwand über dem Schreibtisch im Untersuchungszimmer der urogynäkologischen Sprechstunde aufgehängt und dem ärztlichen Personal vermittels einer schriftlichen Unterweisung übermittelt. Nach einer gewissen Eingewöhnungszeit reduzierten sich die Fehler.

2.4.7. Informationsweitergabe der Physiotherapeuten an die Ärzte für die Abschlussuntersuchung

Für die Abschlussuntersuchung sind die Unterlagen der Physiotherapeuten notwendig. Die Ergebnisse des GVT wurden anfangs, falls überhaupt, nur mündlich von den Physiotherapeuten an die Ärzte weitergegeben. Neben dem Datenverlust ist dies auch schlecht für die Patientenzufriedenheit, da der Patientin suggeriert wird, dass keine Kommunikation zwischen Arzt und Physiotherapeut stattfindet. Die Lösung dieses Problems stellte sich folgen-

dermaßen dar: Ein für die Physiotherapeuten zugänglicher Ordner wurde in dem Vorraum des Sprechzimmers der Abschlussuntersuchung aufgestellt. Hier heften die Physiotherapeuten alphabetisch sortiert die Unterlagen ab. Kommt eine Patientin nun zur Abschlussuntersuchung, werden die Unterlagen von der entsprechenden Krankenschwester dem Ordner entnommen und dem Arzt ausgehändigt. Dieser kann sich vor der Untersuchung ein Bild über den Ablauf der Therapie machen und die Abschlussuntersuchung mit einem Gespräch einleiten.

2.4.8. Abschlussuntersuchung und Abrechnung des GVT als IGeL-Leistung

Während der Ist-Analyse fiel auf, dass nach Beenden des GVT nur wenige Patientinnen zur Abschlussuntersuchung in der urogynäkologischen Sprechstunde erschienen. So konnte keine objektive Erfolgskontrolle geschehen. Hinzu kam, dass bei jenen Fällen, bei denen überhaupt eine Abschlussuntersuchung erfolgte, diese nicht oder falsch abgerechnet wurde. Auf der einen Seite bedeutete dies einen Nachteil für die Klinik, der die anfallenden Kosten nicht erstattet wurden. Auf der anderen Seite führte dies zu einem Verlust der Daten und die Patientin erhielt keine objektive Beurteilung über den Therapieerfolg. Zudem erfolgte für die Patientin bei falscher Berechnung ein unnötiger Mehraufwand, diese richtigzustellen.

Die Beschwerde einer Patientin lieferte neben der Kritik an der schlechten Nachvollziehbarkeit der behandelten Vibrationstherapie auch die Lösung für das Problem. Sie schlug vor, dass nach jeder Therapieeinheit ein Gegenzeichnen der Patientin erfolgt. Dies wurde in einer Arbeitsanweisung formuliert und nach Analyse und Ausarbeitung in einer Mitarbeiterbesprechung eingeführt. Nach jeder Therapieeinheit wird nun im Beisein der Patientin das Datum der Therapieeinheit in das IGeL-Formular eingetragen und von der Patientin gegengezeichnet.

Ein weiterer Problempunkt war die Terminierung der Abschlussuntersuchung. Mit den Physiotherapeuten wurde deshalb folgender Lösungsvorschlag erarbeitet: In der letzten GVT-Stunde fordern die Physiotherapeuten die Patientin auf, direkt nach der Therapiestunde an der Leitstelle einen Termin für die Abschlussuntersuchung auszumachen, die spätestens nach vier Wochen erfolgen muss.

Die Zustellung der Rechnung geschah aufgrund fehlender Verantwortung nur unregelmäßig. Anfallende Kosten für die Klinik werden dann aber nicht erstattet. Aus diesem Grund wurde veranlasst, einer Person die Verantwortung für das ständige Überprüfen der IGeL-Formulare zu übertragen. Diese Person kontrolliert in regelmäßigen Abständen, ob die fertig therapierten Patientinnen zur Abschlussuntersuchung kommen. Falls die Frauen weder nach einem

Monat erscheinen noch einen Termin dafür haben, werden nur die Leistungen berechnet, die bis dahin durchgeführt wurden. Falls eine Untersuchung stattgefunden hat und das IGeL-Formular jedoch nicht entnommen wurde, wird die Abschlussuntersuchung nachgetragen und in die Abrechnungsstelle der Klinik geschickt. Diese sendet die Rechnung zur Patientin.

2.4.9. Bewertung des GVT durch die Physiotherapeuten

Nachdem aufgrund der Optimierung die Abschlussuntersuchung vermehrt von den Patientinnen wahrgenommen wurde, zeigte sich eine neue von den Physiotherapeuten beschriebene Problematik. Sie suchten aus Eigeninteresse den betreffenden Arzt der Abschlussuntersuchung auf, um das Ergebnis der objektiven Daten zu erfragen. Dabei stellte sich heraus, dass den Ärzten von den Patientinnen häufig ein anderer körperlicher und psychischer Zustand mitgeteilt wurde als zuvor den Physiotherapeuten. Um diesen Widerspruch aufzulösen und die Kommunikation zwischen den Physiotherapeuten und den Ärzten zu fördern, wurde ein neues Formblatt entwickelt (siehe Anhang), in das die Physiotherapeuten ihre Beurteilung niederschreiben können. Nun erhält der Arzt bei der Abschlussuntersuchung nicht nur die subjektive Darstellung des Patienten, sondern auch eine Zusammenfassung der Therapie aus der Sicht des Physiotherapeuten.

Dankbar wäre die Möglichkeit gewesen, den Physiotherapeuten einen Einblick in die objektiven Ergebnisse der Abschlussuntersuchung im Sinne eines Feedbacks zu geben. Dies wäre durch regelmäßige Treffen mit den Ärzten zu verwirklichen gewesen. Jedoch hätte dies auch eine vermehrte zeitliche Beanspruchung der Ärzte bedeutet.

2.4.10. 1-hour-Pad-Test

Im ersten PDCA-Zyklus wurde eine Untersuchungsmethode zur Quantifizierung des Harnverlustes eingeführt. Im Laufe des Zyklus zeigte sich jedoch nach Auswerten der Daten, dass der **1-hour-Pad-Test** (*Pad-Test*) falsch durchgeführt wurde. Üblicherweise wird der Pad-Test in der ersten und letzten Therapiestunde durchgeführt. Zwei Stunden vor der Therapie sollten die Patientinnen nicht mehr auf die Toilette gehen und die Übungen mit voller Blase durchführen. Jedoch wurden die Patientinnen fälschlicherweise aufgefordert, vor der Therapie die Blase zu entleeren. Mit leerer Blase führten die Übungen jedoch zu einem falsch negativen, d.h. falschen Ergebnis. Folglich konnten die dann gewonnenen Daten nicht für dieses Projekt verwendet werden. Im Sinne der Qualitätsverbesserung wurde in einer der wöchentlichen Mitarbeiterbesprechungen mit den Physiotherapeuten der *1-hour-Pad-Test* ausführlich besprochen.

2.4.11. Check

Die Auswertung der Patientenanalyse IIIB erfolgte hauptsächlich mittels Fragebögen und dem patientenorientierten Beschwerdemanagement. Die Entwicklung der Patientenzufriedenheit wurde graphisch oder tabellarisch dargestellt. Nachdem die Optimierung der Abläufe innerhalb der Therapie stattgefunden hatte, sollte die Patientenanalyse im Vergleich zum PDCA-Zyklus 1 die „Bilanz“ des QMS darstellen.

2.4.12. Act

Die Ergebnisse des PDCA-Zyklus 2 näherten sich denen der Studienbedingungen an. Die Ergebnisse der Patientenanalyse wurde den Mitarbeitern als Mitarbeitermotivation vorgestellt. Es sollte eine Belohnung der Mühe darstellen, indem gezeigt wird, wie sich die Ergebnisqualität gesteigert hat. Trotz allem gab es natürlich weiteres Verbesserungspotenzial, das im Anschluss der Ergebnispräsentation mit den Mitarbeitern diskutiert wurde.

3. Ergebnisse

3.1. Die Patientenanalyse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der patientenorientierten Beschwerdebearbeitung und der Patienteninterviews während der gesamten Laufzeit dieses Projektes (April 2003 bis April 2005) dargestellt. Die Fragebogenaktion ist in den darauf folgenden Kapiteln dargestellt.

Patientenbeschwerden: Während des PDCA-Zyklus 1 gab es eine schriftliche und eine mündliche Beschwerde. Die schriftliche Beschwerde bezog sich auf Missverständnisse mit der Rechnung der Privatleistung des GVT: Die Abschlussuntersuchung wurde nicht durchgeführt, jedoch berechnet. Im Kapitel 2.4.8 (Siehe S. 30-31) wurde die Lösung für dieses Problem beschrieben. Aus den wöchentlichen Besprechungen mit den Physiotherapeuten wurde die Beschwerde einer Patientin weitergegeben. Sie beklagte, dass das IGeL-Formular noch vor der ersten Therapieeinheit für die komplette Therapie unterschrieben wurde. Dadurch könne nicht mehr nachvollzogen werden, ob wirklich so viele Therapiestunden durchgeführt wurden. Die Lösung dieses Problems wurde ebenfalls im Kapitel 2.4.8 (siehe S. 30-31) dargelegt.

Patienteninterview: Während der Einführungsphase der Fragebögen (PDCA-Zyklus 1) wurden initial stichprobenartig mit den Frauen nach Ausfüllen des FB1 noch Interviews durchgeführt. Nur wenige Frauen fühlten sich unangenehm berührt. Den meisten gefiel das persönliche Gespräch, da sie sich als ein Individuum behandelt fühlten und nicht als eine anonyme Person. Eine Patientin beklagte zu Beginn des PDCA-Zyklus 1, dass zu viel Wert auf das Thema Harninkontinenz bei der Befragung gelegt würde. Nachdem sie sich den Fragebogen durchgelesen hatte, hätte sie unmittelbar das Verlangen gespürt, auf die Toilette gehen zu müssen. Insgesamt reagierten die Frauen unterschiedlich auf das Interview. Viele Patientinnen konnten ganz frei über den Fragebogen reden, jedoch hatten auch etliche bei dem Thema Hemmungen. Dies zeigt, dass das Thema noch weitgehend ein Tabuthema ist.

3.2. Untersuchungskollektiv

Der Untersuchungszeitraum der Gruppe IIIA erstreckte sich von April 2003 bis Februar 2004. Der Zeitraum der Gruppe IIIB umfasste März 2004 bis April 2005. In dem jeweiligen Untersuchungszeitraum gab es drei Untersuchungszeitpunkte:

- Erstaufnahme mit Erhalt des FB1 und Eingangsuntersuchung
- Nachbefragung mit dem FB2 (+ FB4 bei den Gruppen IIIA und IIIB) direkt nach dem GVT und der Abschlussuntersuchung
- Nachbefragung nach drei Monaten mit dem FB3 (+ FB4 bei den Gruppen I und II).

Das Alter der Patientinnen der Gruppen IIIA und IIIB lag zwischen 36 bis 74 Jahren, das Durchschnittsalter zum Zeitpunkt des Therapiebeginns betrug 55 Jahre.

Die **geburtshilfliche Anamnese** ergab, dass 74% der Patientinnen bereits entbunden hatten, durchschnittlich waren das 2,1 Geburten. Die meisten Besonderheiten bei der Geburt waren die Episiotomien. Das Durchschnittsgewicht der Geburten lag bei 3540,3 Gramm, das die deutsche Norm (3000-4000g) darstellt. Die genannten Punkte haben, wie in der Einleitung bereits ausgeführt, einen schwächenden Einfluss auf den Beckenboden und fördern somit eine Stressharninkontinenz.

Die **gynäkologische Anamnese** ergab, dass die meisten der befragten 46 Frauen postmenopausal waren (52%). Darauf folgten anteilmäßig die prämenopausalen Frauen (30%). Die perimenopausalen Frauen waren mit 18% am geringsten vertreten. Einen Deszensus beklagten 7% der Frauen. Bei 56% wurde eine Unterleibsoperation durchgeführt, wobei die Abrasio der am häufigsten genannte Eingriff war.

Die **Diagnosen** wurden anhand der Befunde in drei Hauptgruppen der weiblichen Harninkontinenz unterteilt: Stressharninkontinenz, Drangharninkontinenz und Mischinkontinenz. Der Schweregrad der Stressinkontinenz wird nach Ingelman-Sundberg in drei Grade eingeteilt (vgl. Abschnitt 1.5, S. 12). Die Daten in der Tabelle 6 beziehen sich auf den Eingangsfragebogen (FB1) und auf die Befunde aus der Erstaufnahme.

Tabelle 6: Vergleich der prozentualen Verteilung der Diagnosen der Patientinnen der Gruppen IIIA und IIIB

Gruppe	IIIA (n = 23)		IIIB (n = 23)	
	(n)	(%)	(n)	(%)
Keine SHIK (0°)	1	4	3	13
0°-I°	1	4	0	0
I°	4	18	2	9
I° - II°	4	18	1	4
II°	5	23	3	13
II° - III°	1	4	0	0
III°	1	4	1	4
Gemischte HIK	0	0	3	13
Keine Angaben	5	23	10	44

(die höchsten Werte sind fett markiert)

An der Befragung der Gruppe IIIA nahmen am häufigsten Patientinnen mit Stressharninkontinenz Grad II° teil. Die Gruppe IIIB wies zu jeweils gleichen Teilen (30%) keine SHIK, Grad II° und eine gemischte HIK auf. Jedoch wurden in beiden Gruppen sehr oft keine Angaben gemacht. Insgesamt nahm die Beantwortung auf den Befundbögen während des Un-

tersuchungszeitraumes ab. Denkbar wäre, dass die Befundbögen zu unübersichtlich bzw. überladen sind, so dass die Ärzte im hektischen Klinikalltag sich nicht die Zeit nehmen (können), die Bögen auszufüllen. Oft wird nicht einmal eine Diagnose für die Indikation zur Therapie aufgeschrieben. Anscheinend stellt sie der Arzt mündlich. Trotz mehrfacher Optimierung der Befundbögen und mündlicher Erörterung mit den Ärzten wurden keine Verbesserungen der Beantwortungen in den zwei PDCA-Zyklen erzielt. Dies wurde zu einem weiteren Ziel für die im Anschluss an diese Untersuchung geplante Optimierung des Ablaufs formuliert.

3.3. Rücklaufquoten

Im Erfassungszeitraum vom April 2003 bis April 2005 erhielten 46 Patientinnen über drei Zeitpunkte verteilt insgesamt vier Fragebögen zur Beurteilung verschiedener Aspekte des Galileo-Vibrationstrainings.

Tabelle 7: Rücklaufquoten der FB1 und FB2 der Gruppen IIIA und IIIB

Gruppe	IIIA (n = 23)		IIIB (n = 23)	
	(n)	(%)	(n)	(%)
ausgegebene FB1	5	22	23	100
Rücklaufquote der ausgegebenen FB1	5	100	23	100
ausgegebene FB2	23	100	22	91
Rücklaufquote der ausgegebenen FB2	2	9	9	43

Der FB1 wurde an der Anmeldung/ Leitstelle den Frauen ausgehändigt. Sehr wenige Frauen der Gruppe IIIA erhielten einen FB1. Von diesen Fragebögen wurden jedoch alle wieder abgegeben. Die deutlich erhöhte Anzahl der verteilten FB1 in der Gruppe IIIB im Vergleich zu den wenig verteilten FB1 in Gruppe IIIA zeigt, dass die Verbesserungsmaßnahmen des PDCA-Zyklus 2 (wie etwa Mitarbeiterunterweisungen, Verteilung von Verantwortlichkeiten, Terminierung der Abschlussuntersuchung, etc.) erfolgreich waren.

Den FB2 erhielten alle Frauen der Gruppe IIIA, von denen nur zwei Frauen diesen wieder zurückgaben. Diese schlechte Rücklaufquote beruhte darauf, dass die Patientinnen im PDCA-Zyklus 1 keine Informationen erhielten wann, wie und wo der Fragebogen wieder abzugeben wäre. Die Anzahl der verteilten Fragebögen in der Gruppe IIIB war deutlich besser. Die Physiotherapeuten hatten die Dringlichkeit den Patientinnen vermittelt. Lediglich eine Patientin erhielt versehentlich keinen Fragebogen. Nach Erkennen dieses Fehlers erfolgte von der QMB eine weitere Unterweisung, sodass im Folgenden alle Patientinnen einen FB2 erhielten.

Den FB3 erhielten alle Gruppen (I, II, IIIA und IIIB) per Post. Die Gruppe IIIA erhielt den FB3 drei Monate nach Abschluss der Behandlung. Hier lag die Rücklaufquote bei 43,5%. Nicht alle Frauen der Gruppe IIIB wurden drei Monate nach Abschluss der Therapie angeschrieben, da einige Frauen zuvor eine weitere Befragung abgelehnt hatten. Genau 50% der angeschriebenen Frauen schickten den FB3 zurück.

Tabelle 8: Rücklaufquoten der FB3 (nicht anonym) und FB4 (anonym)

Gruppe	I (n = 28)		II (n = 30)		IIIA (n = 23)		IIIB (n = 23)	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
ausgegebene FB3	25	89	25	83	23	100	18	78
Rücklaufquote der ausgegebenen FB3	18	72	13	52	10	44	9	50
ausgegebene FB4	25	89	25	83	23	100	18	78
Rücklaufquote der ausgegebenen FB4	14	56	11	44	11	48	8	44

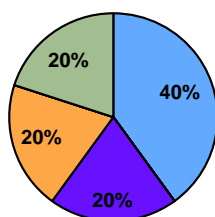
Die Gruppen I und II erhielten den FB3 und FB4 per Post (siehe Tabelle 8). In der Gruppe I gab es drei Dropouts. Daher wurden von den 28 Frauen 25 angeschrieben. Von diesen Fragebögen kamen 72% der FB3 und 56% der FB4 wieder zurück. Fünf Frauen der Gruppe II waren verzogen, ohne dass die neuen Adressen ausfindig gemacht werden konnten. Demnach konnten nur 25 angeschrieben werden. Aus dieser Gruppe schickten 83% der FB3 und 44% den FB4 wieder zurück. Den FB3 und FB4 erhielten alle Frauen der Gruppe IIIA. Es wurden 44% der FB3 und 48% der FB4 wieder an die Klinik zurückgeschickt. 44% der Gruppe IIIB sandten den FB4 und 50% den FB3 wieder zurück. Insgesamt erstaunlich hierbei ist, dass bis auf die Gruppe IIIA weniger anonyme Fragebögen (FB4) zurückgegeben wurden als nicht anonyme (FB3).

3.4. Auswirkungen des QMS

Mit Hilfe der Auswertung einzelner Fragen, entnommen aus den FB1, FB2 und FB3, werden im Folgenden die Auswirkungen des QMS dargestellt.

3.4.1. Erscheinungsgrund

Erscheinungsgrund Gruppe IIIA



Erscheinungsgrund Gruppe IIIB

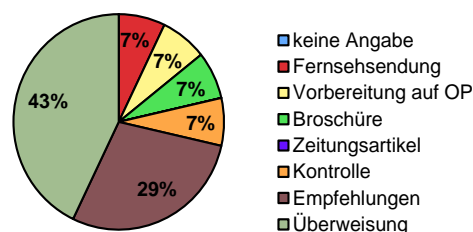


Abbildung 3: Erscheinungsgrund der Patientinnen der Gruppen IIIA (n=5) und IIIB (n=14)

Die Gründe für das Aufsuchen der Klinik waren verschieden. Maßgeblich wurden die Frauen der Gruppe IIIB von niedergelassenen Kollegen überwiesen. In der Gruppe IIIA waren die Hauptgründe für das Aufsuchen der Klinik ein Zeitungsartikel über die neue Therapiemöglichkeit und Überweisungen von Kollegen. Interessant war der zweithäufigste genannte Grund der Gruppe IIIB: die Empfehlung durch Dritte. Die restlichen Frauen erfuhren beispielsweise aus Broschüren aus der Apotheke von der Therapie. Anderen wurde von ihrem behandelnden Arzt das GVT als Vorbereitung für eine urogynäkologische Operation oder als konservativer Heilversuch vor einer solchen empfohlen. Diese Information war insofern wichtig, um zu erfahren, welche Informationsquelle sinnvoll ist und weiter genutzt und auf welche verzichtet werden sollte. Dies zeigt zum einen, wie wertvoll zufriedene Patienten sind, da sie durch Mundpropaganda Werbung betreiben. Zum anderen ist eine Information der Zuweiser förderlich.

Das Fazit der Abbildung 3 ist:

- Die Überweisungen von niedergelassenen Kollegen sind von Gruppe IIIA zur Gruppe IIIB deutlich mehr geworden. Demnach fruchtete die Aufklärung der niedergelassenen Zuweiser.
- Zufriedene Patientinnen betreiben durch Mundpropaganda Werbung und empfehlen die Therapie an Bekannte weiter. Demnach ist eine hohe Patientenzufriedenheit unumgänglich.

3.4.2. Gesundheitszustand

In der Eingangsbefragung (FB1) empfand keine der Patientinnen der **Gruppe IIIA** ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“, aber auch nicht als „mangelhaft“. Größtenteils wurde er als gut (67%) empfunden. Die Auswertung der ersten Nachbefragung (FB2) direkt nach der Therapie sind hier nicht zur Auswertung geeignet, da nur zwei Frauen antworteten und dadurch

zu wenige Werte liefern. Zur Beurteilung der Prozessqualität geben sie allerdings wertvolle Informationen. Im Rücklauf, drei Monate nach Abschluss der Therapie (FB3), machten alle Patientinnen, die den Fragebogen ausgefüllt hatten, Angaben zu ihrem Gesundheitszustand. Die meisten Frauen empfanden ihn als „gut“. Keine empfand ihren Gesundheitszustand als „mangelhaft“ (siehe Tabelle 10).

Tabelle 9: Gesundheitszustand der Gruppe IIIA im Verlauf (fünfwertige Skala)

Skala	Gruppe IIIA					
	FB 1		FB 2		FB 3	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
	6		2		10	
sehr gut = 1	0	0	0	0	1	10
gut = 2	4	67	0	0	4	40
mäßig = 3	1	17	1	50	3	30
schlecht = 4	1	17	0	0	2	20
sehr schlecht = 5	0	0	0	0	0	0
keine Angaben	0	0	1	50	0	0

(die höchsten Werte sind fett markiert)

Tabelle 10: Gesundheitszustand der Gruppe IIIA im Verlauf (dreiwertige Skala)

Skala	Gruppe IIIA					
	FB 1		FB 2		FB 3	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
	18		2		10	
gut	13	73	0	0	5	50
mäßig	3	17	1	50	3	30
schlecht	1	6	0	0	2	20
keine Angaben	1	6	1	50	0	0

(die höchsten Werte sind fett markiert)

Trotz zum Teil schlechter Rücklaufquoten halfen die Beurteilungen bei der Analyse der Effektivität der Maßnahmen des PDCA-Zyklus 1. Wir entschlossen uns die fünfwertige Skala auf eine dreiwertige („sehr gut“ und „gut“ wird zusammengefasst sowie „schlecht“ und „sehr schlecht“) zu verringern, um eine geringere Streuung der wenigen Daten zu erhalten. Angesichts der relativ geringen Zahl der rückläufigen Fragebögen wird der Therapieerfolg durch die Zusammenfassung deutlicher (siehe Tabelle 10, Tabelle 12 und Tabelle 14). Auf die besondere Problematik dieser Gruppe wird im weiteren Verlauf der vorliegenden Arbeit näher eingegangen. Zusammenfassend konnte festgestellt werden, dass insgesamt ein schlechteres Gesundheitsempfinden im Untersuchungszeitraum des PDCA-Zyklus 1 zu verzeichnen

war und somit die Annahme nahe lag, dass die Maßnahmen nicht den gewünschten Erfolg brachten.

In den Befragungen im Untersuchungszeitraum der **Gruppe IIIB** gab es zum Gesundheitsempfinden zusammenfassend folgende Ergebnisse: In der letzten Befragung bestand eine etwas geringere Streuung der Ergebnisse, die sich auf befriedigend und gut beschränkten. Wohingegen in den ersten beiden Befragungen noch sehr gute Benotungen vorlagen. Die Durchschnittsnoten blieben jedoch weitestgehend gleich, sie fielen geringfügig von 2,0 auf 2,2.

Tabelle 11: Gesundheitszustand der Gruppe IIIB im Verlauf (fünfwertige Skala)

Skala	Gruppe IIIB					
	FB 1		FB 2		FB 3	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
	14		9		9	
sehr gut = 1	2	14	2	22	0	0
gut = 2	9	64	4	44	7	78
mäßig = 3	3	21	2	22	2	22
schlecht = 4	0	0	0	0	0	0
sehr schlecht = 5	0	0	0	0	0	0
keine Angaben	0	0	1	11	0	0

(die höchsten Werte sind fett markiert)

Tabelle 12: Gesundheitszustand der Gruppe IIIB im Verlauf (dreiwertige Skala)

Skala	Gruppe IIIB					
	FB 1		FB 2		FB 3	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
	14		9		9	
gut	11	78	6	66	7	78
mäßig	3	21	2	22	2	22
schlecht	0	0	0	0	0	0
keine Angaben	0	0	1	11	0	0

(die höchsten Werte sind fett markiert)

In der ersten Galileo Studie (**Gruppe I**) nannten in der Nachbefragung die Patientinnen am häufigsten einen guten Gesundheitszustand. Keine der Patientinnen gab „sehr schlecht“ an. Es gab eine „schlechte“ Beurteilung, aber auch eine „sehr gute“. Die schlechte Beurteilung kam aus dem Bereich der Übungs-Gruppe, die keine Therapie mit dem Galileo 2000 erhielt,

sondern lediglich Physiotherapie. Ob diese Frau später in der Gruppe IIIA auftauchte, um die Therapie nun mit dem Galileo 2000 durchzuführen, war nicht mehr nachzuvollziehen.

In der zweiten Galileo-Studie (**Gruppe II**) beschränkten sich die Beurteilungen lediglich auf einen guten und einen mäßigen Gesundheitszustand.

Tabelle 13: Gesundheitszustand der Gruppen I und II bei der Nachbefragung (FB 2) auf fünfwertiger Skala

Skala	Gruppe I		Gruppe II	
	FB 2		FB 2	
	(n)	(%)	(n)	(%)
	18		13	
sehr gut = 1	1	6	0	0
gut = 2	12	67	9	69
mäßig = 3	3	17	3	23
schlecht = 4	1	6	0	0
sehr schlecht = 5	0	0	0	0
keine Angaben	1	6	1	8

(die höchsten Werte sind fett markiert)

Tabelle 14: Gesundheitszustand der Gruppen I und II bei der Nachbefragung (FB 2) auf dreiwertiger Skala

Skala	Gruppe I		Gruppe II	
	FB 2		FB 2	
	(n)	(%)	(n)	(%)
	18		13	
gut	13	73	9	69
mäßig	3	17	3	23
schlecht	1	6	0	0
keine Angaben	1	6	1	8

(die höchsten Werte sind fett markiert)

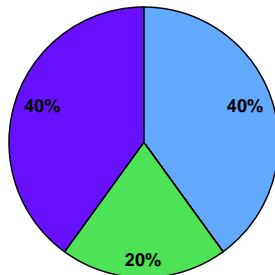
Insgesamt bedeutet dies, dass sich das Gesundheitsempfinden in beiden Gruppen ähnlich verhält. Das Gesundheitsempfinden war subjektiv deutlich „gut“, wobei zu bedenken ist, dass die Therapie beider Gruppen zum Befragungszeitpunkt bis zu einem Jahr zurückliegt.

3.4.3. Erwartungen an die Therapie

In der [Abbildung 4](#) ist dargestellt, welche Erwartungen die Frauen an die folgende Therapie hatten. Dies war eine offene Frage. Die am meisten angegebenen Antworten wurden hier dargestellt. Obwohl der Wunsch nach Heilung zu erwarten war, wünschten in beiden Gruppen die meisten Frauen Besserung. Die meisten Frauen beider Gruppen machten jedoch keine

Angaben, was auf Unentschlossenheit zurückführen könnte. Unter „Sonstiges“ verstanden die Frauen beispielsweise einen unverkrampfteren Umgang mit dem Thema Stressharninkontinenz oder sie wünschten durch die Therapie ein besseres Körpergefühl und dadurch eine Besserung ihres Leidensdruckes. Häufig fiel auch der Wunsch nach Tipps und Tricks, die einen plötzlichen unwillkürlichen Harnverlust vermeiden können.

Erwartungen an die Therapie Gruppe IIIA



Erwartungen an die Therapie Gruppe IIIB

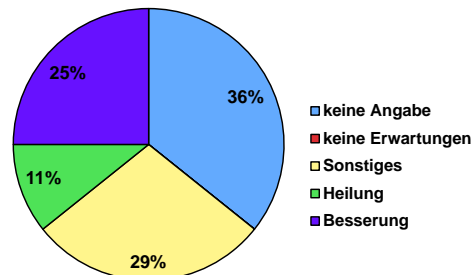


Abbildung 4: Erwartungen an die Therapie (FB1) der Gruppe IIIA (n=5) und Gruppe IIIB (n=14)³

3.4.4. Zufriedenheit mit den zuvor erhaltenen Therapien

Die meisten Patientinnen der Gruppen IIIA und IIIB hatten sich vor Beginn des GVT bereits wegen ihrer Beschwerden behandeln lassen. Die häufigsten Therapien waren die Physiotherapie (Beckenbodengymnastik = BB-Gymnastik), die Behandlung mit Hormonen und die Elektro-Stimulation (E-Stimulation). Lediglich in der Gruppe IIIA hatten die Teilnehmerinnen Erfahrungen mit Inkontinenz-Operation und mit der Hormontherapie. Die Teilnehmerinnen der Gruppe IIIB hatten weder Inkontinenz-Operationen noch Hormontherapien, dafür Erfahrungen mit dem Medikament *Mictonorm*. Nur die E-Stimulation war gleichmäßig verteilt. In der Gruppe IIIA hatten alle Frauen zuvor Therapieerfahrung, wohingegen in der Gruppe IIIB eine Patientin noch ein Therapieneuling war. Es wäre jedoch gewagt, daraus zu schließen, dass sich in der Gruppe IIIA Therapieresistenzler mit einer erhöhten Erwartungshaltung an das GVT befanden.

³ 0%-Werte sind nicht angegeben

Therapieerfahrung

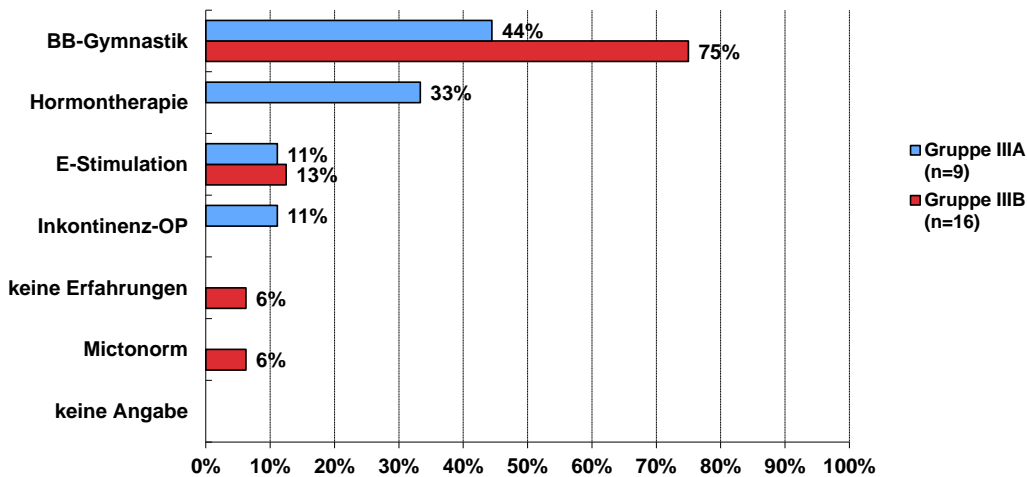
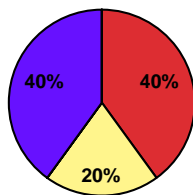


Abbildung 5: Therapieerfahrung Gruppe IIIA und IIIB (0%-Werte sind nicht angegeben)

In der Abbildung 6 ist dargestellt, inwieweit mit den vorhergegangenen Therapien Besserungen erzielt wurden. Ableitbar ist aus diesen beiden Graphiken (Abbildung 5 und 6), dass die klassische BB-Gymnastik die häufigste Therapieform vor dem anstehenden GVT war, die aber nicht zu dem erwarteten Ergebnis geführt hat. Das GVT soll nun weitere Verbesserungen erzielen. Bei Patientinnen, bei denen viele Therapien nicht den erwünschten Effekt gebracht haben, ist anzunehmen, dass sie im Durchschnitt pessimistisch sind und generell unzufriedener.

Zufriedenheit mit vorheriger Therapie
Gruppe IIIA



Zufriedenheit mit vorheriger Therapie
Gruppe IIIB

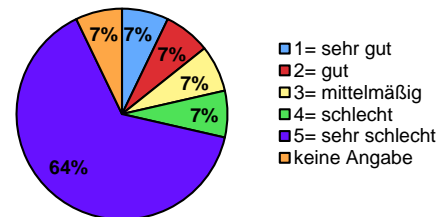


Abbildung 6: Besserung durch vorhergegangene Therapien (FB1) (Gruppe IIIA: n=5, Gruppe IIIB: n=14) (0%-Werte sind nicht angegeben)

3.5. Zufriedenheitsergebnisse (Auswertung Fragebogen 4)

Dieses Kapitel beschreibt den Kern dieser Untersuchung. Mit Hilfe der Auswertung der Fragebögen 4 (FB4), die den Fokus auf die Zufriedenheit der Patientinnen richtet, wurde bewertet, ob die zwei PDCA-Zyklen mit den entwickelten Maßnahmen (u.a. verbesserte Terminie-

rung, Aktualisierung der Befundfragebögen, Telefon-Hotline, Verbesserung der Kommunikation zwischen Arzt und Physiotherapeuten, Optimierung der Abrechnung der Privatleistungen etc.) zur Steigerung der Patientenzufriedenheit und somit zu besseren Therapieergebnissen geführt hatten. Eine wichtige Bezugsgröße zur Zufriedenheit ist die Rücklaufquote. Die Anzahl der rückläufigen anonymen Fragebögen (FB4), die zur Auswertung der Zufriedenheitsergebnisse verwendet wurden, ist der Tabelle 8 bzw. dem Kapitel 3.3 (siehe S. 36) zu entnehmen.

Tabelle 15: Rücklaufquoten des FB4 aller Gruppen

Gruppe	I (n = 28)		II (n = 30)		IIIA (n = 23)		IIIB (n = 23)	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
ausgegebene FB4	25	89	25	83	23	100	18	78
Rücklaufquote der ausgegebenen FB4	15	56	11	44	11	48	8	44
Non-Reponder FB4	10	44	14	56	12	52	10	56

3.5.1. Qualität des Behandlungsergebnisses

Werden lediglich die Zufriedenheitsergebnisse der rückläufigen Fragebögen 4 ausgewertet, kommt man zum folgenden Ergebnis: Die meisten Frauen gaben an, dass ihre Erwartungen an die Therapie erfüllt wurden. In der Gruppe IIIA gaben zwar 45% an, dass die Erwartungen erfüllt wurden, jedoch verneinten auch genauso viele (45%) dies. In der Gruppe IIIB stieg die Zufriedenheit (demnach auch die Bewertung des PDCA-Zyklus 2) auf 88%.

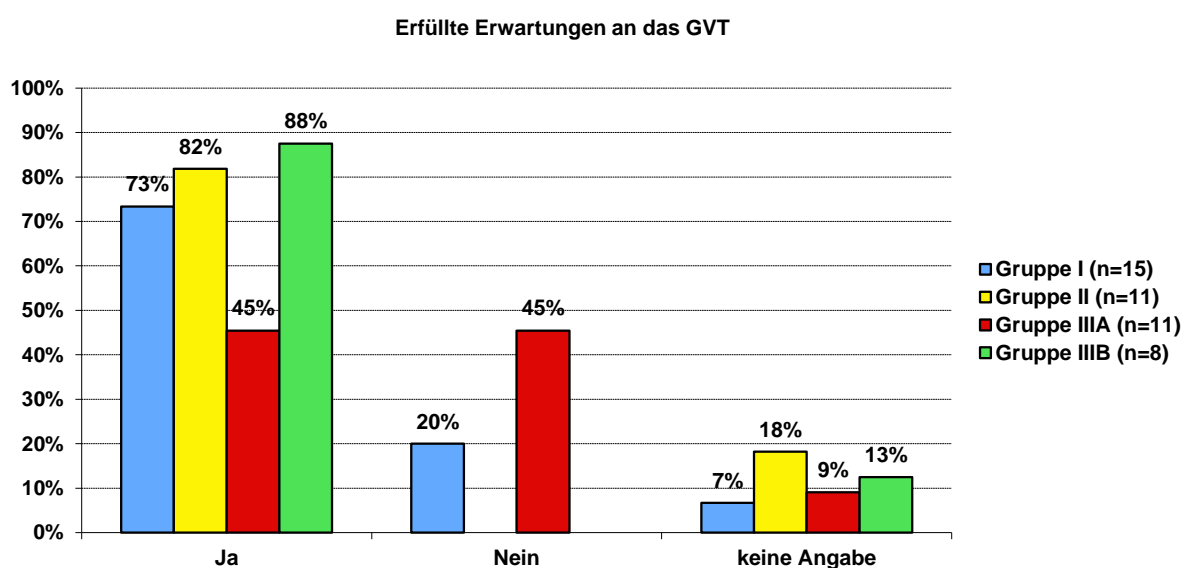


Abbildung 7: Erfüllte Erwartungen (0%-Werte sind nicht angegeben)

Um Gründe für Unzufriedenheit zu vermerken, waren freie Textfelder zu den Fragen hilfreich. Jedoch wurden diese freien Textfelder von den Frauen nur teilweise genutzt. In der Tabelle 16 ist die Auflistung der Kommentare bezüglich der erfüllten Erwartungen dargestellt. Die Unzufriedenheit der Gruppe IIIA lässt sich im Großen und Ganzen auf die Organisation zurückführen.

Tabelle 16: Anmerkungen der Patientinnen aller Gruppen in Bezug auf die erfüllten Erwartungen

Gruppe	Anmerkungen
Gruppe I	OP vordere Scheidenplastik, OP hintere Scheidendamoplastik
	Ich selber kann etwas dafür unternehmen bzw. trainieren
	Jetzt, wo die Therapie zurückliegt, ist die momentane Verbesserung leider auch weit weg
	Ich musste zusätzlich doch operiert werden: TVT und Plastik
	Es wäre schön, wenn die Therapie weiter laufen würde
Gruppe II	Ist schlecht zu sagen, ich glaube ich habe zu Hause nach Ende der Therapie zu wenig getan ⁴
	Teilweise
	Leider ist die Selbstdisziplin nicht groß genug, um die Übungen konsequent weiterzuführen, deshalb verschlechtert sich das Therapieergebnis mit der Zeit
Gruppe IIIA	
Gruppe IIIB	Man kann viele Übungen im Alltag umsetzen
	Die Therapie gefiel mir gut! Ob der Erfolg eintritt, hängt sicher noch von meinen Übungen ab

Bei der Gruppe I bezogen sich zwei Anmerkungen darauf, dass trotz GVT doch eine OP durchgeführt werden musste. Eine Patientin klagte, dass mit der Zeit der Erfolg der Therapie nachlässt. Eine andere Patientin wünschte sich wahrscheinlich auch deswegen eine Fortführung der Therapie. Eine selbstkritische Anmerkung bemängelte die eigene Disziplin. Gleiches gilt für zwei Anmerkungen der Gruppe II. Eine negative Anmerkung beanstandete die nur teilweise erfüllten Erwartungen, beschrieb dies jedoch nicht näher. In der Gruppe IIIA machte keine der Patientinnen Anmerkungen, was bei der geringen Rücklaufquote nicht überrascht. In der Gruppe IIIB lobte eine Patientin, dass viele Übungen im Alltag umsetzbar sind. Einer weiteren Patientin gefiel die Therapie gut. Sie fand jedoch, dass der lang anhaltende Erfolg der Therapie von ihr selbst abhängt. Sie fragte sich, ob sie genug Eigendisziplin

⁴ Die Patientin hatte bei dieser Frage keine Angaben gemacht, jedoch kommentiert.

aufbringt.

Hier zeigt sich zum einen, dass das GVT die Patientinnen motiviert, Erfolg bringt und auch im Alltag sehr gut umsetzbar ist, was auch auf die gute Arbeit der Physiotherapeuten zurückzuführen ist. Die Patientinnen begreifen, dass jedoch eine einmalige Therapie keine dauerhafte Heilung verspricht, sondern der Erfolg nur durch konsequentes, auch eigenständiges Training gehalten werden kann. Zum anderen zeigt sich erneut, dass die Maßnahmen der PDCA-Zyklen zu positiven Kommentaren führen. Die Unzufriedenheit ist in kleinerem Maße und vor allem auf die später doch notwendige Operation bei einigen Frauen zurückzuführen, bei den meisten wird jedoch der nicht anhaltende Erfolg ohne Training kritisiert.

In der Gruppe II sind die Frauen generell zufriedener mit dem Ergebnis der Studientherapie. Offen ist, ob dies an der Einzeltherapie bzw. Gruppentherapie, dem Studienbetreuer oder an den Physiotherapeuten liegt. In den Kommentaren wird die Gruppentherapie als ein gemeinsames Erlebnis wahrgenommen. Da das Thema allerdings noch ein Tabuthema ist, könnte man annehmen, dass die Frauen in der Gruppentherapie Mitleidende finden und sich gegenseitig austauschen, motivieren, Tipps geben können, etc. Jedoch wurde die Einzeltherapie geringfügig besser bewertet. Bei der geringen Diskrepanz wäre es gewagt zu vermuten, dass sich die Patientinnen aufgrund des Themas alleine bei einem Betreuer besser aufgehoben fühlten.

3.5.2. Wartezeit bis zum Behandlungsbeginn

Eindeutig waren die Antworten nach der Wartezeit bis zum Therapiebeginn. Alle Frauen gaben an, nicht lange bis zum Therapiebeginn gewartet zu haben. In den Gruppen I und II war das zu erwarten, da es sich ja um Studien gehandelt hat. Die Gruppen IIIA und IIIB stellten die Alltagssituationen dar. Da auch hier alle Frauen vermerkten, nicht lange auf den Therapiebeginn gewartet zu haben, ist von einer guten Organisation und Terminierung auszugehen.

3.5.3. Qualität des Behandlungsprozesses

Die Frage nach einem reibungslosen Therapieablauf (Abbildung 8) bejahten alle Patientinnen der Gruppen I und II. Dieses Resultat war bei dem Studiencharakter zu erwarten. Das Ergebnis wurde benötigt, um einen Vergleich mit den Patientinnen des Klinikalltags zu erhalten. In der Gruppe IIIA fand eine Patientin, dass die Therapie, die während des PDCA-Zyklus 1 unter Alltagsbedingungen lief, nicht reibungslos war. Obwohl dies sehr wenig ist, hat dieses Ergebnis die Meinung bestärkt, dass ein weiterer Zyklus notwendig ist.

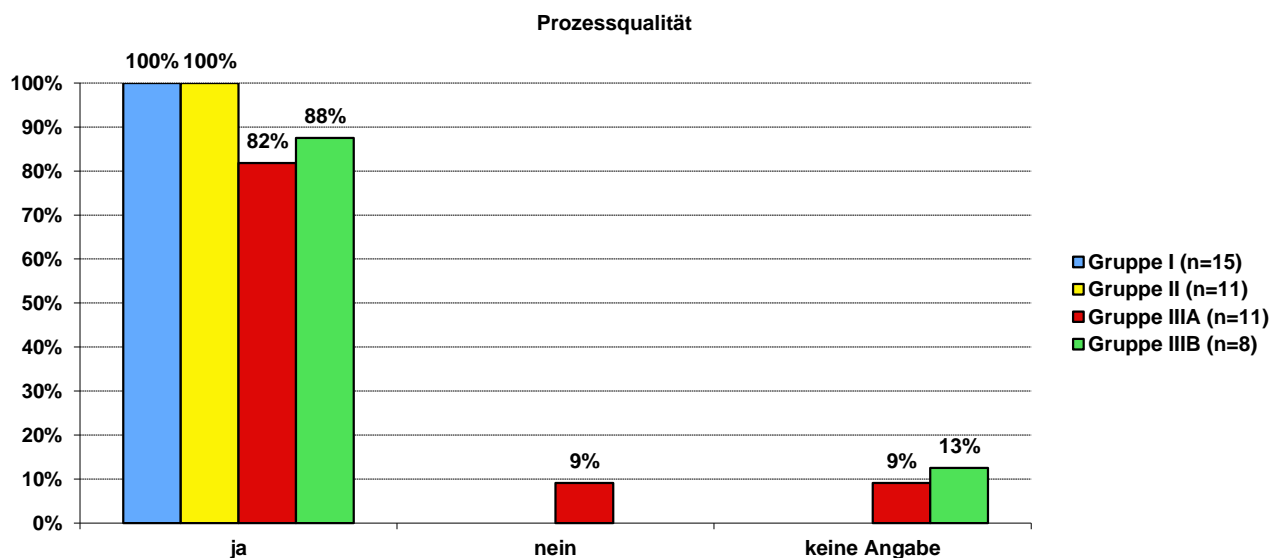


Abbildung 8: Prozessqualität (0%-Werte sind nicht angegeben)

3.5.4. Verbesserungsvorschläge

Die Frage nach Verbesserungsvorschlägen wurde quer durch alle Gruppen überwiegend verneint.

Tabelle 17: Verbesserungsvorschläge

Gruppe	I (n = 15)		II (n = 11)		IIIA (n = 11)		IIIB (n = 8)	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
ja	3	20	1	9	1	9	2	25
nein	9	60	10	91	7	64	5	63
keine Angaben	3	20	0	0	3	27	1	13

Wichtig bei dieser Frage waren jedoch die Anmerkungen der Patientinnen. Es gab eine negative Kritik und ansonsten gute Anregungen innerhalb der Gruppen I und II. Die Gruppen IIIA und IIIB hinterließen keine Kommentare:

Bei den Anmerkungen (siehe Tabelle 18) gab es eine negative Kritik und ansonsten gute Anregungen. Die negative Kritik bezog sich auf eine nicht richtig gestellte Diagnose. Es wäre eine andere Therapie indiziert gewesen. Dies kann eher zu dem Punkt „Unklarheiten“ gezählt werden. Des Weiteren wurden ein Weiterlaufen bzw. eine Wiederholung des GVT gewünscht sowie mehrere Übungen in einer Therapieeinheit und nicht wenige mehrmals pro Woche. Es zeigt sich, dass die Frauen zum großen Teil übermotiviert waren. Sie vertreten die sprichwörtliche Ansicht: Viel hilft viel. Ob das aber den gleichen Effekt hat wie mehrere

über die Woche verteilte Einzelübungen, ist fraglich. Das zeigt, dass noch Aufklärungsbedarf über die Wirksamkeit der Übungsabfolgen besteht. Zusätzlich wurde wieder Selbstkritik in Bezug auf mangelnde Eigendisziplin geübt: Würden die betroffenen Frauen zu Hause mehr üben, wäre der Erfolg wahrscheinlich größer.

Tabelle 18: Kommentare bezüglich der Frage nach Verbesserungsvorschlägen

Gruppe	Anmerkungen
Gruppe I	Bessere Befundung. Messungen haben ergeben, dass ich die Blasen-Schließmuskulatur überhaupt nicht im Griff habe, weswegen eine andere oder zusätzliche Therapie für mich sinnvoll gewesen wäre
	Weiteres Angebot von BB-Gymnastik
	Wiederholung der Galileo-Therapie
	Nicht zu viele Einzelübungen, sondern konzentrierte Spezialübungen
	Da die Anfahrt für mich weit ist, wäre es hilfreich, wenn Mehreres an einem Tag gemacht werden könnte
Gruppe II	Die Wirkung lässt nach aufgrund fehlender Eigendisziplin
	Es gibt nichts zu beanstanden. Dass der Therapieerfolg nachlässt, liegt allein daran, dass ich nicht regelmäßig übe
	Physiotherapie und Vibrationstraining an einem Tag; sonst zu hoher Zeitaufwand, bei Berufstätigkeit
Gruppe IIIA	
Gruppe IIIB	

3.5.5. Unklarheiten

Die Frage, ob es **Unklarheiten** gegeben hätte, wurde vorherrschend mit „Nein“ in allen Gruppen beantwortet, lediglich in der Gruppe I gab es bei einer Patientin Unklarheiten. In den Anmerkungen wurden die bereits mehrfach erwähnte falsche Diagnosestellung und dadurch die falsche Indikation zu dieser Therapie bemängelt.

Tabelle 19: Unklarheiten

Gruppe	I (n = 14)		II (n = 11)		IIIA (n = 11)		IIIB (n = 8)	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
ja	1	7	0	0	0	0	0	0
nein	13	93	11	100	10	91	8	100
Keine Angaben	3	0	0	0	0	9	0	0

3.5.6. Umsetzbarkeit der Therapie

Tabelle 20: Kommentare bezüglich der Frage nach Umsetzbarkeit der Therapie

Gruppe	Anmerkungen
Gruppe I	Nicht bei einer Erkältung
	Nur die Wege zum Galileo sind für mich zu weit
	Die Therapie hat bei mir keinen Erfolg gehabt ⁵
	Ich habe die Übungen nicht fortgesetzt und spüre jetzt erst nach einem Jahr leichte Rückschläge
	Ich mache noch immer 2 - 3 mal wöchentlich Beckenboden-Übungen
	Während der Therapie hatte ich das Gefühl es hilft- aber jetzt merke ich davon leider nichts mehr
Gruppe II	Ich merke bereits, dass ich regelmäßig üben sollte, das Ergebnis lässt nach
	Es fehlt allerdings oft der "Wille" dazu
Gruppe IIIA	Ich hatte bis April 04 einen guten Erfolg. Fühlte mich sehr gut und hatte kaum Wasserverlust. Durch Taubheit im Bein und Nervschädigung wieder Probleme
	Beim Joggen weiterhin tröpfchenweise Urinverlust. Daher aufgegeben
Gruppe IIIB	Ich habe Angst, dass sich der Zustand ohne Therapie verschlechtert
	Ich mache täglich Beckenboden-Gymnastik
	Ich hatte zwar Motivation, habe die Atmungstechniken nicht umsetzen können
	Ich glaube, dass nur die Beckenbodenübungen, hauptsächlich das neue Medikament helfen; meiner Meinung nach hat Galileo nicht geholfen, wohl aber Beckenbodenstärkung und Medikation
	Tägliche Übungen zu Hause, 1 x wöchentlich gezielt Gymnastik im Sportverein altersadäquat
	Ich müsste das Erlernte ganz regelmäßig machen
	Je nach Bewegungssituation ändern sich die Zustände

In der Tabelle 21 ist die Umsetzbarkeit der Therapie in den Alltag dargestellt. Die Gruppe I fand die Umsetzbarkeit der Therapie in Einzelunterricht überwiegend „gut“. Die Durchschnittsnote der Gruppe I liegt jedoch bei 2,4, da es neben „sehr guten“ auch eine „sehr schlechte“ Bewertung gab. Da diese Befragungen anonym waren, konnte nicht nachvollzogen werden, um welche Probandin es sich gehandelt und welche Therapie sie in der Studie erhalten hat (siehe S. 15). Die Probandinnen der Gruppe II vergaben meistens Bewertungen

⁵ Die Patientin hatte bei dieser Frage keine Angaben gemacht, jedoch kommentiert.

für die Gruppentherapie bei „sehr gut“ und ein „gut“. Die schlechtesten Bewertungen lagen hier bei „mittelmäßig“. Das bildet eine Durchschnittsnote von 1,9. Die häufigsten Bewertungen der Gruppe IIIA lagen bei „sehr gut“. Jedoch gab es auch „schlechte“ Beurteilungen. Dadurch entsteht eine Durchschnittsnote von 2,3. In der Gruppe IIIB war jede zweite Note „gut“. Auch hier waren die schlechtesten Beurteilungen bei „mittelmäßig“. Die Gruppe IIIB und somit die Beurteilung des PDCA-Zyklus 2 hat demnach die beste Durchschnittsnote mit 1,8.

Tabelle 21: Umsetzbarkeit der Therapie im Alltag

Gruppe	I (n = 14)		II (n = 11)		IIIA (n = 11)		IIIB (n = 8)	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
sehr gut	1	7	4	36	4	36	3	38
gut	8	57	4	36	3	27	4	50
mäßig	4	29	3	28	3	27	1	12
schlecht	0	0	0	0	1	9	0	0
sehr schlecht	1	7	0	0	0	0	0	0
keine Angaben	0	0	0	0	0	0	0	0

(die höchsten Werte sind fett markiert)

Betrachtet man die Tabelle 21 zeigt sich eine deutliche Gewichtung auf die Bereiche „gut“ und „sehr gut“, besonders in der Gruppe IIIB. Die Gruppe IIIA zeigt eine gleichmäßigere Beurteilungs-Verteilung. Jeweils eine Probandin der Gruppe I und II vergab schlechte Beurteilungen, die sich zum Teil in den Kommentaren wiederfinden (siehe Tabelle 20).

3.5.7. Einschätzung der subjektiven Motivation

Tabelle 22: Durchschnittsnoten der subjektiven Motivation

Gruppe	Durchschnittsnoten
Gruppe I	1,3
Gruppe II	1,5
Gruppe IIIA	1,9
Gruppe IIIB	1,3

Die Abbildung 9 stellt die subjektive Motivation der Patientinnen dar. In den Gruppen I, II und IIIB wurden für die Motivation zur Therapie nur die Noten „gut“ und „sehr gut“ vergeben. Eine Ausnahme war die Gruppe IIIA, in der eine Patientin eine sehr schlechte subjektive Motivation angab. Dies erklärt die Durchschnittsnoten. Den Erfolg des PDCA-Zyklus 2 unter-

streicht die gleiche Durchschnittsnote der Gruppe IIIB mit der Gruppe I unter Studienbedingungen.

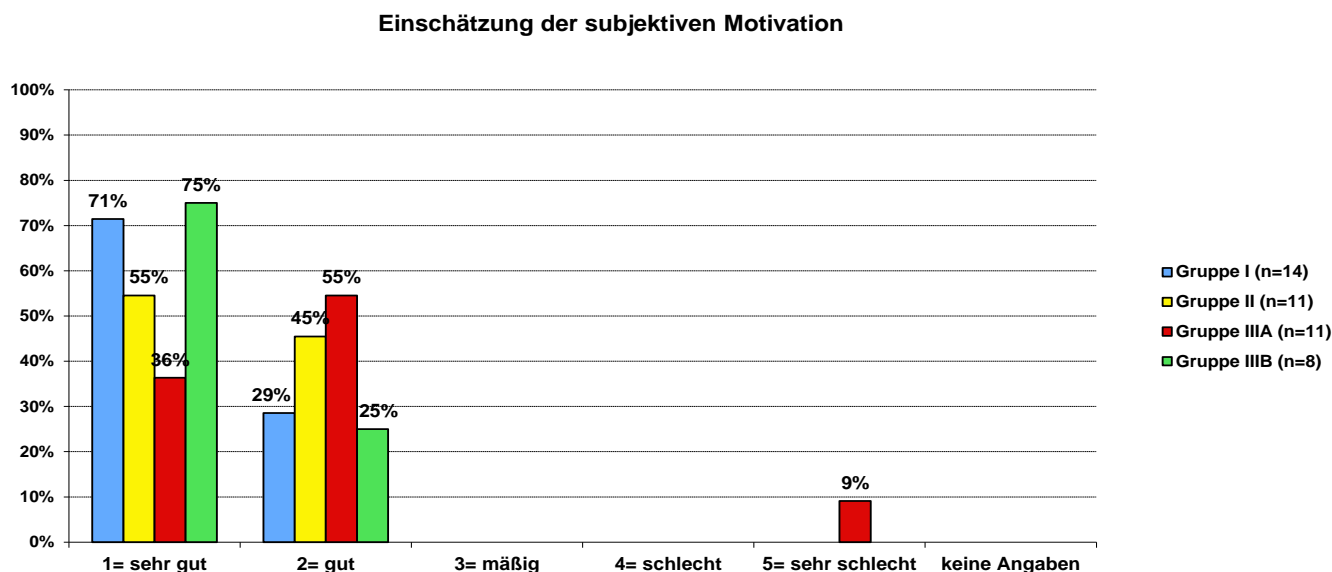


Abbildung 9: subjektive Motivation des Patienten (0%-Werte sind nicht angegeben)

3.5.8. Höflichkeit

Für die Höflichkeit erhielt die **Verwaltung** die beste Bewertung von der Gruppe I (siehe Abbildung 10). Sie wurde mehrheitlich als „gut“ empfunden. Die Gruppe II fand die Höflichkeit gleichermaßen „sehr gut“ und „gut“. Dies unterstreicht die Ausnahmestellung der Studienbedingungen.

Tabelle 23: Durchschnittsnoten der Höflichkeit aller beteiligten Mitarbeiter

Gruppe	Durchschnittsnote			
	Anmeldung	Schwestern	Physiotherapie	Ärzte
Gruppe I	1,5	1,3	1,4	1,2
Gruppe II	1,6	1,5	1,1	1,1
Gruppe IIIA	2,3	1,5	1,5	1,8
Gruppe IIIB	1,5	1,5	1,1	1,4
Gesamtnote	1,7	1,4	1,2	1,3

(die besten Werte sind fett markiert)

Die Gruppe IIIA vergab die schlechteste Bewertung (jedoch mit einer Durchschnittsnote von 1,7) für die Höflichkeit der Verwaltung. Die Gruppe IIIB vergab am häufigsten (63%) „sehr gut“. Dies ist eine Steigerung der sehr guten Beurteilungen um 63 Prozentpunkte. Die Durchschnittsnote stieg um 0,8 Punkte auf 1,5, was den großen Erfolg des PDCA-Zyklus 2

unterstreicht. Jedoch ist es noch nicht das Optimum und verlangt nach weiteren Verbesserungen.

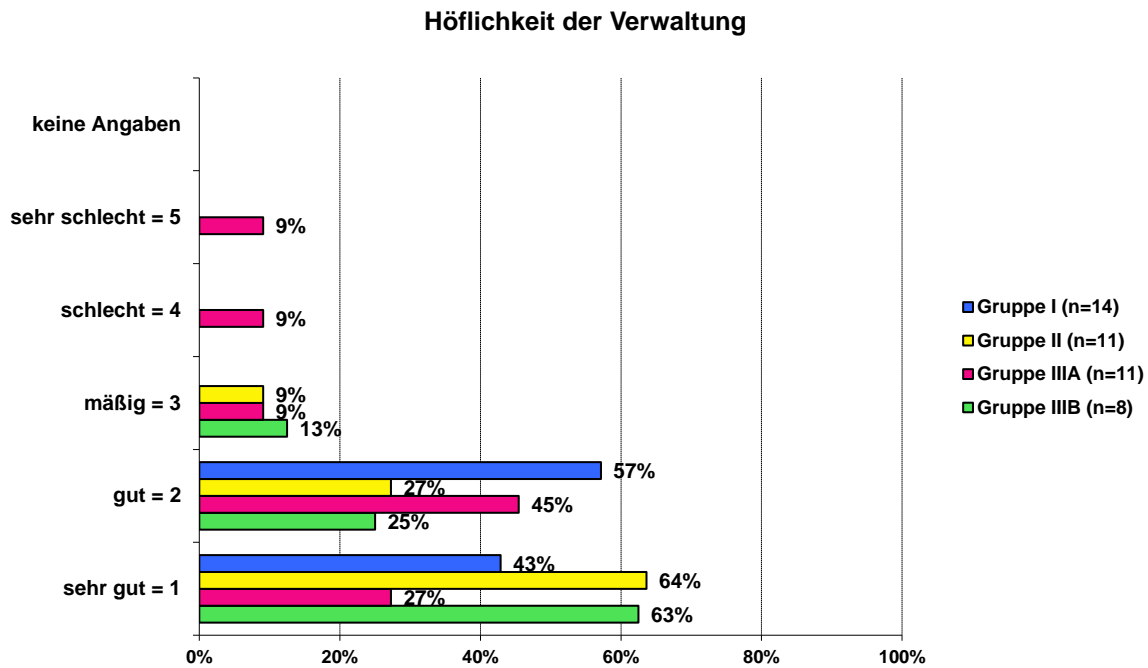


Abbildung 10: Höflichkeit der Verwaltung (0%-Werte sind nicht angegeben)

Die **Schwestern** erhielten ebenfalls von der Gruppe I die besten Kritiken (Durchschnittsnote ist 1,3) für ihre Höflichkeit (siehe Abbildung 11). Die anderen Gruppen vergaben gleichermaßen die Durchschnittsnote 1,5. Damit blieben die Höflichkeitsbewertungen weitestgehend gleich gut (PDCA-Zyklus 2 fiel geringfügig um 7 Prozentpunkte).

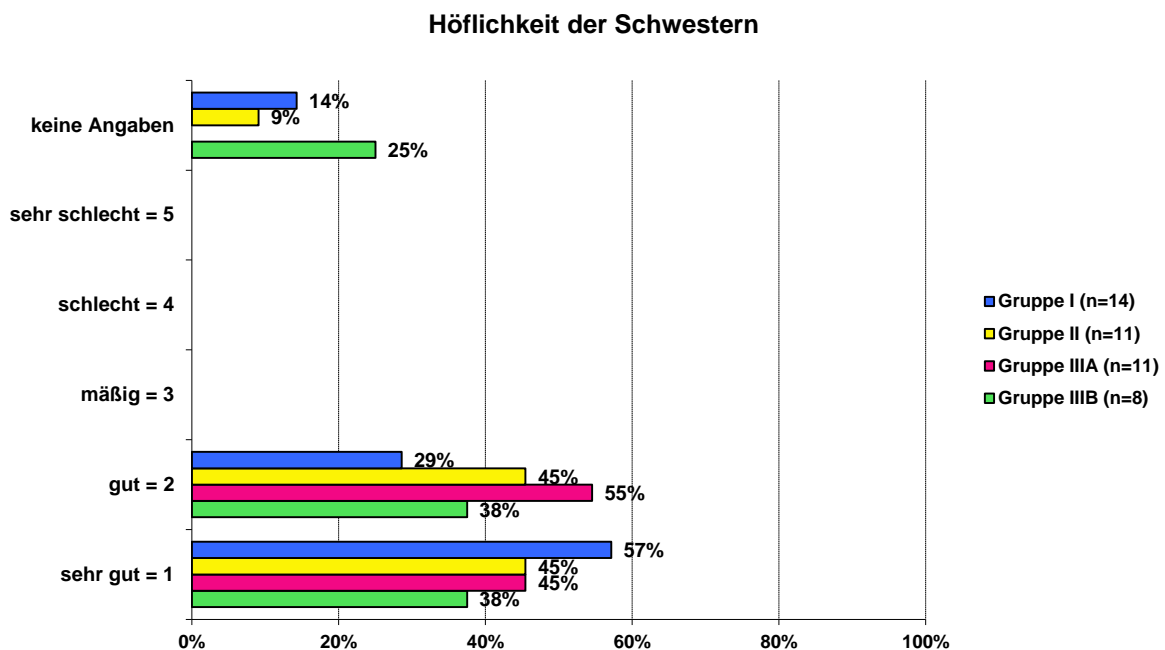


Abbildung 11: Höflichkeit der Schwestern (0%-Werte sind nicht angegeben)

Die besten Noten von allen erhielten die **Physiotherapeuten** für ihre Höflichkeit (Abbildung 12), vor allem nach dem PDCA-Zyklus 2. Das ist auf die gute Einflussnahme durch die regelmäßigen wöchentlichen Besprechungen zurückzuführen. Die Physiotherapeuten erhielten in demselben Maße von den Gruppen II und IIIB die Note 1,1, demnach vorwiegend „sehr gut“. Dies ist als großer Erfolg zu werten, da die Bewertungen das Niveau der Studienbedingungen erreichen. Von den anderen Gruppen gab es auch „sehr gute“ und „gute“ Bewertungen. Nur die Gruppe IIIA vergab teilweise befriedigende Bewertungen als schlechteste Note. Dies zeigt erneut den geringen Erfolg des PDCA-Zyklus 1 und dadurch aber auch die deutliche Steigerung zum PDCA-Zyklus 2. Das bedeutet, dass die Maßnahmen des PDCA-Zyklus 2 besonders effektiv gewesen sind.

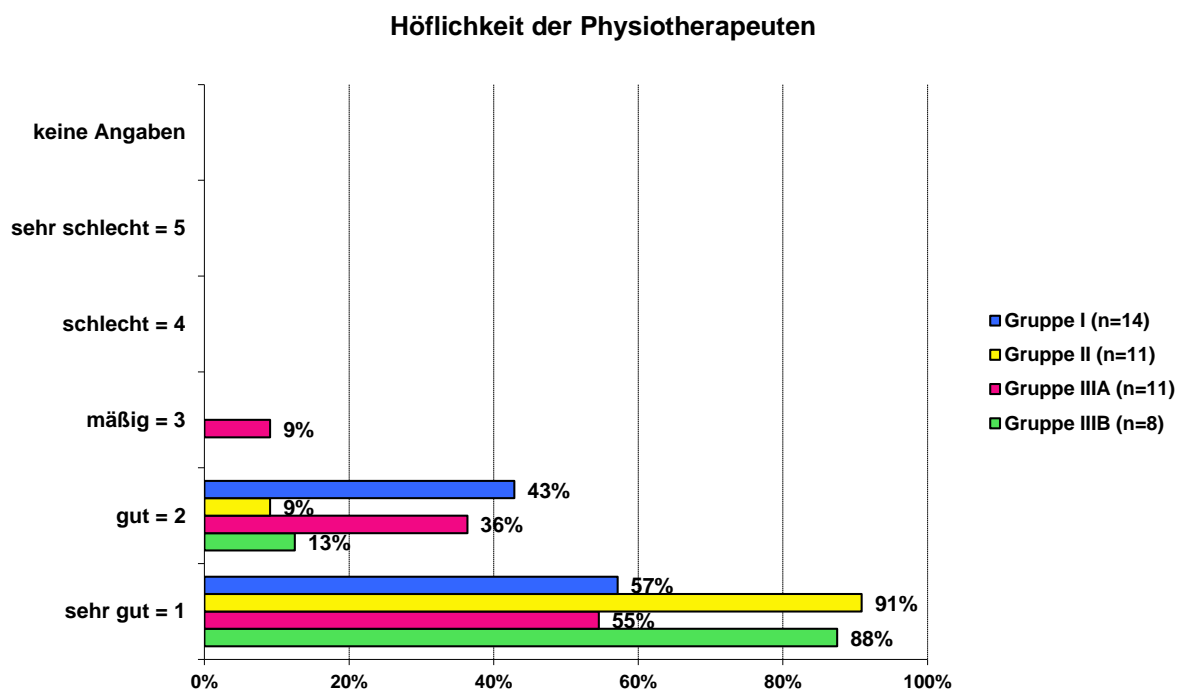


Abbildung 12: Höflichkeit der Physiotherapeuten (0%-Werte sind nicht angegeben)

Die **Ärzte** (siehe Abbildung 13) erhielten von den Teilnehmerinnen der Studien I (Durchschnittsnote 1,2) und II (Durchschnittsnote 1,1) für die Höflichkeit sehr gute Bewertungen. Im Alltag, Gruppe IIIA (Durchschnittsnote 1,8), ließ die Höflichkeit etwas nach. Im Verlauf des PDCA-Zyklus 2 wurde die Höflichkeit wieder besser, was aus der Gruppe IIIB abzuleiten ist (Durchschnittsnote 1,4). Dies entspricht der Intention des Managements: Aus dem ersten PDCA-Zyklus sollte gelernt werden, damit beim zweiten PDCA-Zyklus weiter optimiert werden konnte. Trotz allem war die Höflichkeitsbewertung nicht so gut wie unter Studienbedingungen (Durchschnittsnoten Gruppe I: 1,2 und Gruppe II: 1,1). Die Benotungen in der Höflichkeitsbeurteilung der Ärzte in den Studien fallen wesentlich besser aus als unter Alltagsbedingungen.

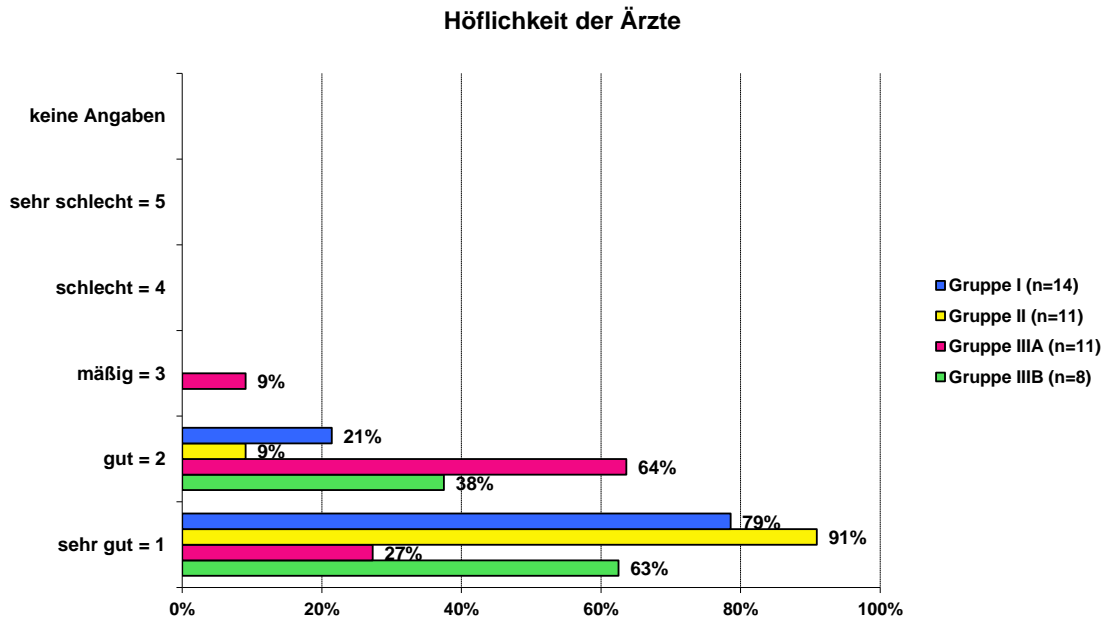


Abbildung 13: Höflichkeit der Ärzte (0%-Werte sind nicht angegeben)

Fazit: Insgesamt bewegten sich alle Bewertungen zwischen sehr gut und gut. Selten gab es mäßige Beurteilungen, sodass man das insgesamt als gutes Ergebnis werten kann. Die Physiotherapeuten erlangten sogar unter Alltagsbedingungen gleich gute Bewertungen wie unter Studienbedingungen. Berücksichtigt man alle Bewertungen für die Höflichkeit der beteiligten Mitarbeiter, würde ein Ranking wie folgt aussehen:

- 1.) Physiotherapeuten 2.) Ärzte 3.) Schwestern 4.) Anmeldung/ Leitstelle

3.5.9. Fachliche Kompetenz

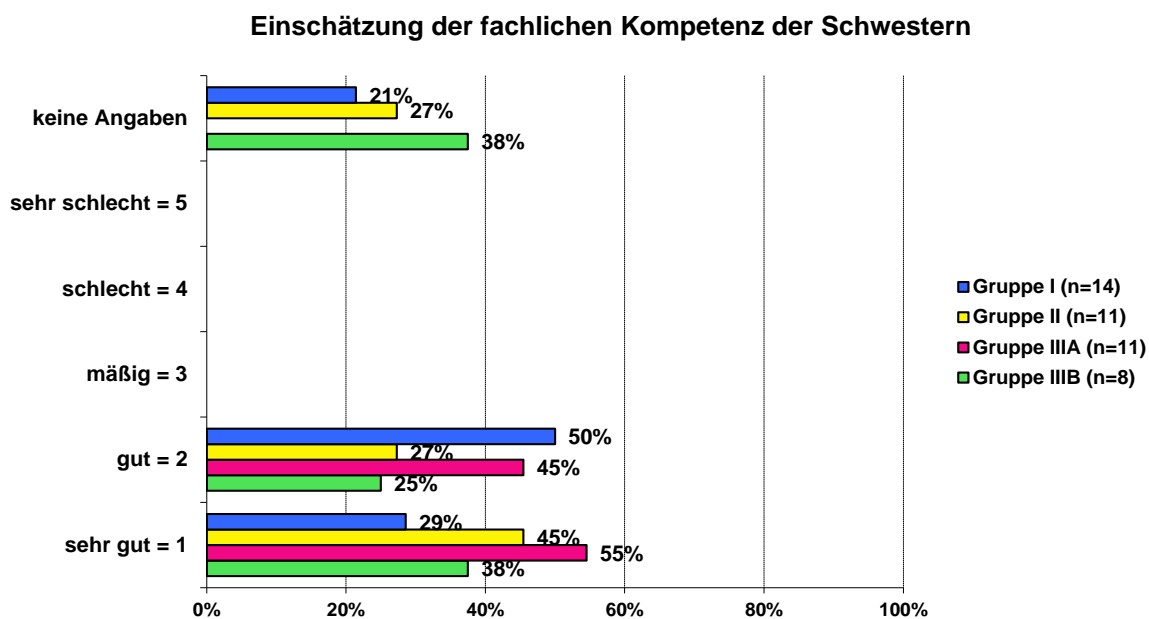


Abbildung 14: Einschätzung der fachlichen Kompetenz der Schwestern (0%-Werte sind nicht angegeben)

Die zweite Frage in diesem Fragenkomplex befasst sich mit der Einschätzung der fachlichen Kompetenz der Schwestern, Physiotherapeuten und der Ärzte. Die Durchschnittsnoten für die fachliche Kompetenz aller beteiligten Mitarbeiter sind der Tabelle 23 (siehe S. 50) zu entnehmen.

Die Gruppe I vergab bei den **Schwestern** die schlechtesten Wertungen mit durchschnittlich 1,6. Die häufigsten „sehr guten“ Wertungen erhielten sie von der Gruppe IIIA. Diese Bewertung ist komplett gegensätzlich zu den vorherigen Bewertungen und zu der These, dass sich unter Studienbedingungen alle beteiligten Mitarbeiter mehr bemühen. Das zeigt, dass Menschen eben menschlich bleiben, d.h. sich nicht immer wissenschaftlichen Vorhersagen entsprechend verhalten. Denkbar wäre eine mangelnde Information an die Schwestern seitens der Studienführung im Rahmen der Gruppe I bzw. eine deutlich besserer Einbeziehung der Schwestern während der Studie Galileo 2. Zu beachten ist jedoch, dass bei fast allen anderen Gruppen eine große Menge an Enthaltungen bei dieser Frage zu verzeichnen war. Aufgrund der kurzen Kontaktsituation (die Schwestern riefen die Frauen nur in das Behandlungszimmer und assistierten den Ärzten während der Eingangs- und Abschlussbehandlung) ist anzunehmen, dass die Einschätzung der fachlichen Kompetenz durch den kurzen Kontakt schwer einzuschätzen, aber auch schwer zu verzerren ist. Im Gegensatz dazu gab es in der weiter unten folgenden Beurteilung der Physiotherapeuten nämlich fast keine Enthaltungen. Hier kann man davon ausgehen, dass die Patientinnen mit den Mitarbeitern die längsten Kontaktsituationen hatten. So ist hier die fachliche Kompetenz unabhängig von dem QMS zu sehen.

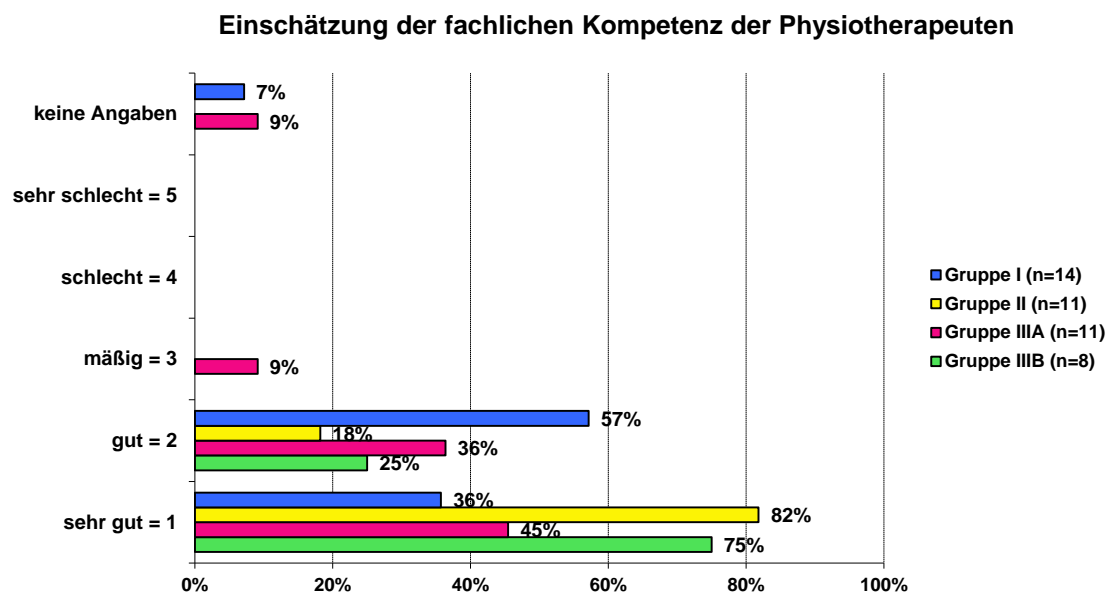


Abbildung 15: Einschätzung fachliche Kompetenz der Physiotherapeuten (0%-Werte sind nicht angegeben)

Die fachliche Kompetenz der **Physiotherapeuten** wird von den Gruppen II und IIIB am besten eingeschätzt. Die Gruppe I vergibt die schlechtesten Urteile, wobei dies überwiegend „gute“ Bewertungen sind.

Die Gruppen I und II geben den **Ärzten** die besten Noten. Diese sind auch die besten insgesamt. Jedoch werden deutlich schlechtere Noten vor allem von der Gruppe IIIA verteilt.

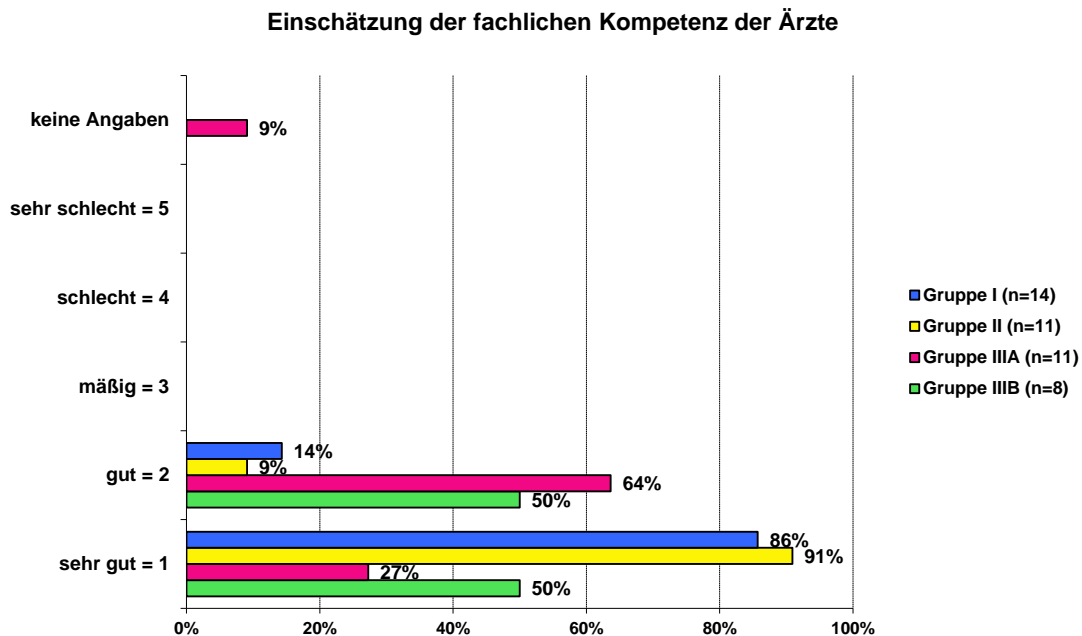


Abbildung 16: Einschätzung fachliche Kompetenz der Ärzte (0%-Werte sind nicht angegeben)

Anhand der Durchschnittsnoten lässt sich erneut eine Bewertungssteigerung der fachlichen Kompetenz im Zuge des PDCA-Zyklus 2 feststellen.

Tabelle 24: Durchschnittsnoten für die fachliche Kompetenz

Gruppe	Durchschnittsnote		
	Schwestern	Physiotherapie	Ärzte
Gruppe I	1,6	1,6	1,1
Gruppe II	1,4	1,2	1,1
Gruppe IIIA	1,5	1,6	1,7
Gruppe IIIB	1,4	1,3	1,5

(die besten Werte sind fett markiert)

Zusammenfassend lässt sich dadurch ableiten, dass die Benotungen in der Höflichkeitsbeurteilung der Ärzte in den Studien wesentlich besser ausfallen als unter Alltagsbedingungen. Einerseits lag das wohl daran, dass unter Studienbedingungen ein anderer Arzt die Frauen betreute. Andererseits scheint es, dass sich die Ärzte mehr Zeit genommen haben bzw. mehr Zeit hatten und sich unter Studienbedingungen mehr um die Frauen gekümmert haben.

Dadurch fällt das Urteil schlechter aus als unter Studienbedingungen, von denen man ausgeht, dass sie die idealen Bedingungen für eine Patientin aufweisen. Allerdings befinden wir uns in einem Bereich der Notengebung zwischen „gut“ und „sehr gut“. Das erfüllt unsere Erwartungen.

Aufgrund der sehr guten Ergebnisse könnte man vermuten, dass die soziale Erwünschtheit hier Einfluss genommen hat. Jedoch war die Befragung anonym, sodass eine Beeinflussung der Bewertung durch Danksagung unwahrscheinlich ist (zur Erklärung der Begriffe soziale Erwünschtheit und Danksagung siehe Kapitel 4.2, S. 75).

3.5.10. Beratungsqualität

Bei dieser Frage konnten die Patientinnen die **Verständlichkeit und Ausführlichkeit** der Aufklärung der Physiotherapeuten sowie der Ärzte beurteilen.

Tabelle 25: Durchschnittsnote für die Beratungsqualität

Gruppe	Durchschnittsnote	
	Physiotherapie	Ärzte
Gruppe I	1,6	1,3
Gruppe II	1,4	1,4
Gruppe IIIA	1,5	1,7
Gruppe IIIB	1,1	1,5

(die besten Werte sind fett markiert)

Die Gruppe IIIB gab den **Physiotherapeuten** durchschnittlich mit Abstand die besten Wertungen. Die schlechtesten erhielten sie von der Gruppe I, wobei es sich um eine Wertung von durchschnittlich 1,6 handelt. In der Gruppe IIIA vergab eine Patientin sogar die Note „befriedigend“. Diese Ergebnisse heben erneut die Steigerung der Gruppe IIIA zu IIIB und analog dazu die Erfolgssteigerung des PDCA-Zyklus 1 zum PDCA-Zyklus 2 hervor.

Beratungsqualität der Physiotherapeuten

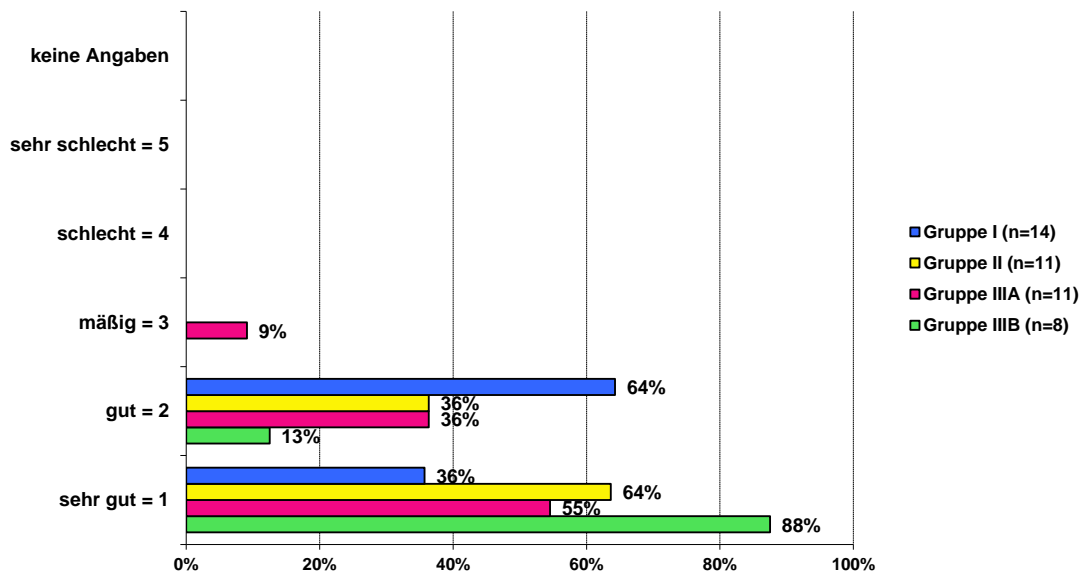


Abbildung 17: Beratungsqualität der Physiotherapeuten (0%-Werte sind nicht angegeben)

Die Fähigkeit der **Ärzte** zum Aufklären (siehe Abbildung 18) wurde von der Gruppe I durchschnittlich am besten bewertet. Die niedrigsten positiven Beurteilungen erhielten die Ärzte von der Gruppe IIIA. Wie bereits mehrfach erwähnt, liegt das daran, dass die Gruppe I die erste Studie und die Gruppe IIIA der erste Versuch der Therapieumsetzung in der Praxis war. Dadurch kommt die Asymmetrie der Gruppe I zu Gruppe II (Studienbedingungen) und der Gruppe IIIA zu Gruppe IIIB (Kliniksalltagsbedingungen) zustande.

Beratungsqualität der Ärzte

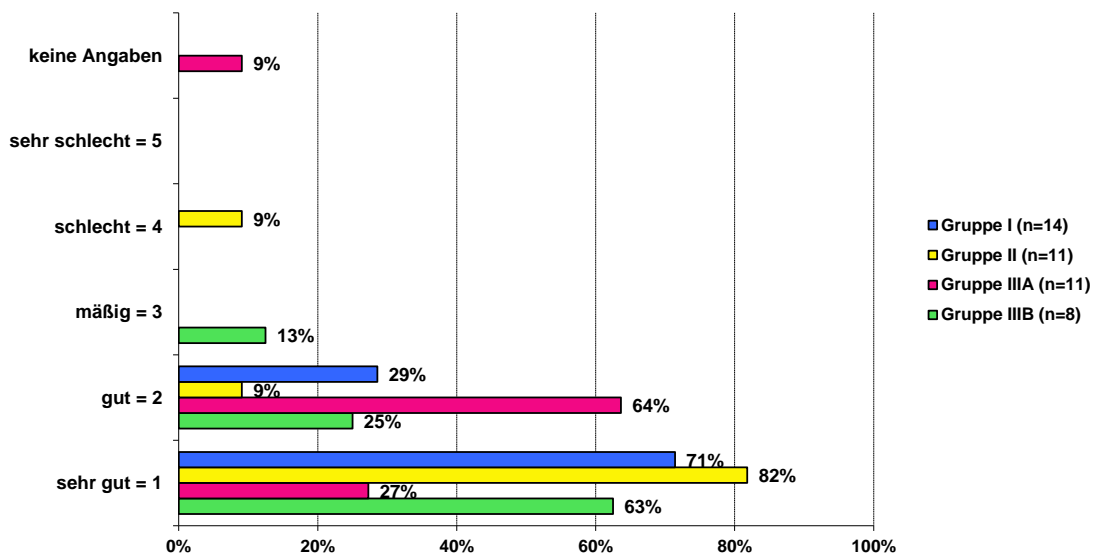


Abbildung 18: Beratungsqualität der Ärzte (0%-Werte sind nicht angegeben)

3.5.11. Der Leidensdruck

Der von den Patientinnen empfundene Leidensdruck wurde in der Nachbefragung (FB3) der vier Gruppen ermittelt und zur Bewertung der PDCA-Zyklen in den unten aufgeführten Tabellen dargestellt. In der Tabelle 26 und Tabelle 27 wird der Verlauf des Leidensdrucks während des Untersuchungszeitraumes der Gruppen IIIA und IIIB abgebildet. Trotz der geringen Datenmenge der FB1 und FB2 der Gruppe IIIA, werden wertvolle Informationen über den Ablauf des PDCA-Zyklus 1 wiedergespiegelt. Ersichtlich wird, dass in der Gruppe IIIA der Leidensdruck im Verlauf der Therapie abnahm und sich bei mäßigen Werten einpendelte. Das bedeutet, dass sich durch das GVT der Leidensdruck reduzierte und auch mit Abstand zur Therapie in diesem Rahmen niedrig blieb.

Tabelle 26: Verlauf des Leidensdruckes der Gruppe IIIA

Fragebogen	FB1(n = 5)		FB2 (n = 2)		FB3 (n = 10)	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
1= sehr stark	1	20	0	0	1	10
2= stark	1	20	0	0	1	10
3= mäßig	0	0	2	100	4	40
4= gering	0	0	0	0	1	10
5= kein Leidensdruck	1	20	0	0	2	20
keine Angaben	2	40	0	0	1	10
Durchschnittsnote	2,7		3		3,2	

Tabelle 27: Verlauf des Leidensdruckes der Gruppe IIIB

Fragebogen	FB1(n = 14)		FB2 (n = 9)		FB3 (n = 9)	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
1= sehr stark	5	36	1	11	1	11
2= stark	3	21	0	0	1	11
3= mäßig	2	14	1	11	1	11
4= gering	2	14	0	0	0	0
5= kein Leidensdruck	2	14	6	67	6	67
keine Angaben	0	0	1	11	0	0
Durchschnittsnote	2,5		4,3		4	

In der Gruppe IIIB ist der Erfolg der Therapie in Bezug auf den Leidensdruck sehr deutlich. Zu Beginn empfanden 36% den Leidensdruck als sehr stark. Bereits bei der ersten Nachbefragung gab es zu 67% keinen Leidensdruck mehr, was deutlich positive Rückschlüsse auf

den Therapieerfolg des GVT und die Patientenzufriedenheit mit dem PDCA-Zyklus 2 zulässt. Dieser Wert blieb in der Nachbefragung konstant.

Zum Vergleich wurden die Studienteilnehmerinnen nach ihrem Leidensdruck befragt (siehe Tabelle 28 und Tabelle 29). Die Therapie lag teilweise zum Befragungszeitpunkt über ein Jahr zurück. In der Gruppe I bewegten sich die Bewertungen zwischen kein Leidensdruck und mäßig, wodurch sich ein Durchschnittswert von vier, d.h. geringer Leidensdruck ergibt. Im Durchschnitt ist der Leidensdruck vernachlässigbar geringer als in der Gruppe IIIB, wohingegen die Gruppe I weniger Patienten mit keinem Leidensdruck hatte als die Gruppe IIIB, was als Erfolg zu werten ist, da die Ergebnisse der Alltagsbedingungen sich denen der Studienbedingungen angleichen.

Tabelle 28: Leidensdruck der Gruppe I in der Nachbefragung (FB3)

Fragebogen	FB3 (n = 18)	
	(n)	(%)
Gruppe I		
1= sehr stark	0	0
2= stark	1	6
3= mäßig	4	22
4= gering	4	22
5= kein Leidensdruck	6	33
keine Angaben	3	17
Durchschnittsnote	4	

Tabelle 29: Leidensdruck der Gruppe II in der Nachbefragung (FB3)

Fragebogen	FB3 (n = 13)	
	(n)	(%)
Gruppe II		
1= sehr stark	0	0
2= stark	1	8
3= mäßig	3	23
4= gering	2	15
5= kein Leidensdruck	5	38
keine Angaben	2	15
Durchschnittsnote	4	

Ähnlich wie in der Gruppe I verhält es sich mit dem Leidensdruck in der Nachbefragung mit dem FB3 in der Gruppe II. Durchschnittlich ist der Leidensdruck gering, im direkten Vergleich verteilt es sich jedoch hauptsächlich auf mäßig und kein Leidensdruck. Zusammenfassend

ist der Leidensdruck mit Abstand zur Therapie vergleichbar gering. Wobei sich wie in den anderen gesamten Ergebnissen das gleiche widerspiegelt:

Die Gruppe IIIB kommt mit ihren Ergebnissen an die Ergebnisse der Studienbedingungen heran, wohingegen die Ergebnisse der Gruppe IIIA in diesem nur geringfügig schlechter sind, d.h. der Leidensdruck ist etwas höher (mäßig).

In den folgenden drei Abbildungen (Abbildung 19, Abbildung 20 und Abbildung 21) ist die Bereitschaft für einen operativen Eingriff (OP) zur Therapie der Harninkontinenz dargestellt, falls die Symptomatik durch das GVT nicht gebessert werden würde. Man sollte davon ausgehen, dass Leidensdruck und Bereitschaft zur OP sich gegenseitig beeinflussen. Ein hoher Leidensdruck bedingt eine hohe Bereitschaft zur OP mit ihren höheren gesundheitsschädigenden Risiken - im Gegensatz zu einem niedrigeren Leidensdruck, der keine Risiken billigt. In der Gruppe IIIA wollte die Mehrzahl keine Operation, falls es durch die Therapie keine Besserung gibt. Das spiegelt auch die Motivation zu einer konservativen Therapie der SHIK wider. Direkt nach der Therapie (FB2) lehnten alle Frauen eine OP ab, was Rückschlüsse auf den Therapieerfolg des GVT zulässt. In der Befragung nach drei Monaten (FB3) wünschten jedoch 20% wieder eine OP. Das bedeutet, dass sich insgesamt die Haltung gegen eine OP während der Therapie verstärkte. Mit einem zeitlichen Abstand zum GVT nahm die OP-Erwägung wieder zu. Dieses Ergebnis ist sehr wahrscheinlich auf den nachlassenden Therapieerfolg bei mangelnder Motivation und Eigendisziplin nach mehr als einjährigem Abschluss der Therapie zurückzuführen (siehe Kapitel 3.5.6, S. 48 und Kapitel 3.5.7, S. 49).

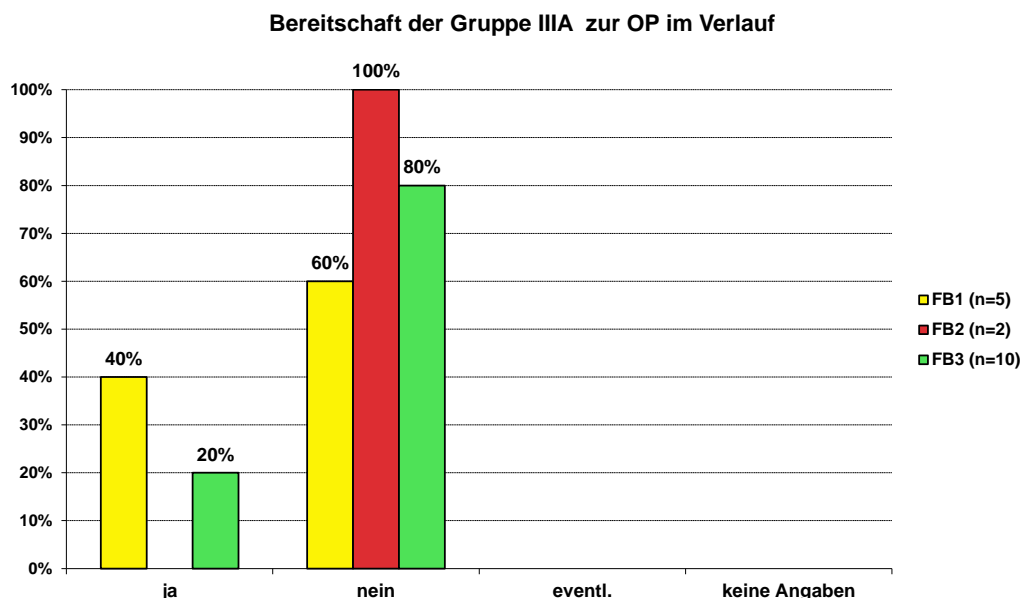


Abbildung 19: Verlauf der Bereitschaft zur OP (Gruppe IIIA) (0%-Werte sind nicht angegeben)

Bei der Gruppe IIIB sind die Ergebnisse sehr unterschiedlich während der Befragungen. Vor der Therapie (FB1) lehnte jede zweite Frau eine OP ab. Aus diesem Grund suchten sie

wahrscheinlich eine weitere konservative Therapie auf. Bei der Befragung direkt nach der Therapie (FB2) verstärkte sich (67%) die Haltung gegen eine OP, was auf ein gutes Therapieergebnis des GVT schließen lässt. In der Befragung drei Monate nach Abschluss des GVT jedoch wünschten mehr als zu Beginn der Therapie eine OP. So kam es bei dem Wunsch nach einer OP zu einer Steigerung in dieser Gruppe IIIB von 36% auf 67%, was erneut auf den deutlich nachlassenden Erfolg ohne anhaltendes Training mit dem GVT zurückzuführen ist. Die Haltung gegen eine OP fiel entsprechend von 50% auf 11%.

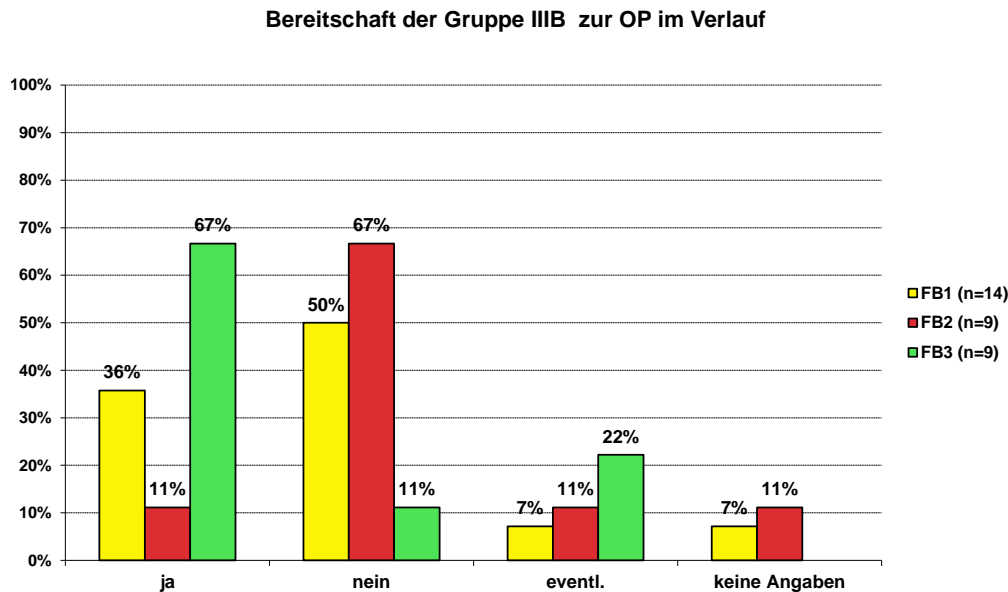


Abbildung 20: Verlauf der Bereitschaft zur OP (Gruppe IIIB) (0%-Werte sind nicht angegeben)

Erstaunlich ist das Ergebnis der Studiengruppen in Bezug auf die Bereitschaft zur OP. Obwohl der Leidensdruck in allen vier Gruppen ähnlich war, zeigt sich eine deutliche Diskrepanz zwischen der Gruppe I und II in der Bereitschaft zur OP. Während in der Gruppe II zwei Drittel der Patientinnen gegen einen operativen Eingriff sind, ist mehr als die Hälfte der Frauen der Gruppe I dafür.

Zusammenfassend zeigt sich, dass im Falle unseres Patientenkollektivs der Leidensdruck mittelmäßig gewesen sein muss: hoch genug, um die Patientinnen zu einer Therapie zu motivieren, niedrig genug, um sie nach einer Alternative zu einem operativen Eingriff umsehen zu lassen. Dies spiegelt sich auch in den oben dargestellten Ergebnissen wider. Zu Beginn der Therapie waren der Leidensdruck im Durchschnitt mäßig (bis auf den der Gruppe IIIB, der überwiegend sehr stark gewesen ist) und die Bereitschaft zu einer OP niedrig. Im Verlauf zeigte sich, dass bei geringerem Leidensdruck auch die Bereitschaft zu OP abnahm und nach einigem Abstand zum Ende des GVT (mit dem nachlassenden Effekt des Trainings) der Leidensdruck geringfügig wieder zunahm und dadurch auch die Bereitschaft zu einer OP. Bei der letzten Befragung (FB3) beider Gruppen (IIIA und IIIB) erwies sich jedoch, dass

trotz niedrigerem Leidensdruck als zu Beginn des GVT die Bereitschaft zu einer OP geringfügig zugenommen hat. Besonders eindrucksvoll stellte sich diese Diskrepanz in den Gruppen I und II dar, in denen die Gruppe I hauptsächlich gegen und in der Gruppe II die meisten Frauen trotz geringem Leidensdruck für eine OP sind. Dies lässt vermuten, dass einigen Frauen der Therapieerfolg nicht ausreicht, obwohl sich der Leidensdruck reduziert hat. Dies spiegelt sich auch in der Frage nach dem Erfüllen der Erwartungen der Therapie wider: Es wurde Heilung statt lediglich Besserung gewünscht (siehe Kapitel 3.5.1, S.43).

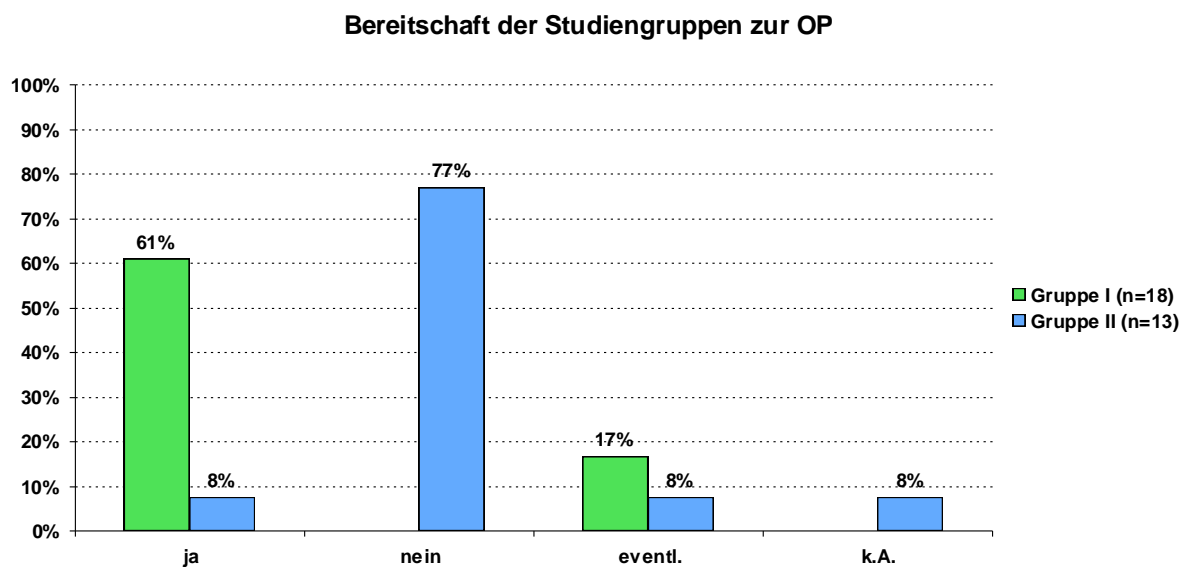


Abbildung 21: Bereitschaft der Studiengruppen für einen operativen Eingriff in der Nachbefragung (FB3)

3.6. Auswirkungen der Verbesserungsmaßnahmen auf die Beurteilungsaspekte der Zufriedenheit im zeitlichen Vergleich

In diesem Kapitel werden die wichtigsten Daten der Auswirkungen der PDCA-Zyklen auf die Beurteilungsaspekte der Zufriedenheit im zeitlichen Vergleich tabellarisch dar- und gegenübergestellt. Ausgegangen wird von den positivsten Bewertungen. Die Prozentwerte der PDCA-Zyklen der ersten Tabelle beziehen sich lediglich auf den Anteil der positiven Bewertungen und werden in einen direkten Vergleich gesetzt. Die beiden Tabellen im Anschluss stellen einen prozentualen Vergleich und einen Vergleich der Durchschnittswerte nebeneinander, um alle Aspekte der Vergleichbarkeit darzustellen und den Effekt des jeweiligen PDCA-Zyklus zu unterstreichen.

3.6.1. Fragenkomplex A1: Prozessqualität

Die Tabelle 30 hebt die deutliche Steigerung erfüllter Erwartungen hervor. Bei der Gruppe IIIB ist ein Anstieg um 43 Prozentpunkte zu verzeichnen. Bei der Frage nach langen Wartezeiten und Unklarheiten gab es keine Veränderungen, was als Erfolg gewertet wird, da die

Anfangsergebnisse schon sehr gut waren. So bestanden keine Steigerungs-, sondern nur noch Verschlechterungsmöglichkeiten.

Tabelle 30: zeitlicher Vergleich der Zufriedenheit: Fragenkomplex A1

Die %-Werte beziehen sich auf den Anteil der positiven Bewertungen („ja“).

Trend: Die Symbole beziehen sich auf die Veränderung der Durchschnittswerte:

▲ = Verbesserung um 1-10 Prozentpunkte

▲▲ = Verbesserung um 11-30 Prozentpunkte

▲▲▲ = Verbesserung um 31-50 Prozentpunkte

— = keine Veränderung

Δ = Differenz Prozentpunkte

Beurteilungsaspekt	PDCA-Zyklus 1 (Gruppe IIIA)	PDCA-Zyklus 2 (Gruppe IIIB)	Vergleich	
			Δ	Trend
	Ja	ja		
Erwartungen erfüllt	45%	88%	+ 43	▲▲▲▲
Lange Wartezeit	0%	0%	± 0	—
Prozessqualität	82%	87,5%	+ 5,5	▲
Verbesserungsvorschläge	9%	25%	+ 16	▲▲
Unklarheiten	0%	0%	± 0	—

Die Wertung der Prozessqualität (reibungsloser Therapieablauf) hat sich von 82% auf 87,5% verbessert. Eine Steigerung in diesen Bereichen ist extrem aufwändig und schwierig, wie es das Pareto-Prinzip (siehe Kapitel 1.3, S. 8) bereits beschreibt, und somit ein großer Erfolg des PDCA-Zyklus 2. In der Gruppe IIIB gab es eine Zunahme von Verbesserungsvorschlägen. Das zeigt, dass die Kritikbereitschaft zugenommen hat, was positiv zu bewerten ist. Dadurch kann Positives beibehalten und als Feedback zur Mitarbeitermotivation beitragen. Allerdings kann Negatives aufgegriffen und verbessert werden.

3.6.2. Fragenkomplex A2: Therapiequalität

Der tabellarischen Darstellung ist zu entnehmen, dass die Beurteilung der Patientinnen über die Umsetzbarkeit der Therapie in den Alltag positiver wird. Die subjektive Motivation der Patientinnen hat deutlich im Rahmen des PDCA-Zyklus 2 um 39 Prozentpunkte zugenommen.

Tabelle 31: zeitlicher Vergleich der Zufriedenheit: Fragenkomplex A2

Die %-Werte beziehen sich auf den Anteil der "sehr guten" Bewertungen.

Trend: Die Symbole beziehen sich auf die Veränderung der Durchschnittswerte:

▲ = Verbesserung um 0,1-0,3 Durchschnittspunkte

▲▲ = Verbesserung um 0,4-0,6 Durchschnittspunkte

▲▲▲ = Verbesserung um 0,7-1,0 Durchschnittspunkte

— = keine Veränderung

Δ = Differenz Prozentpunkte

▲ = Verbesserung um 1-10 Prozentpunkte

▲▲ = Verbesserung um 11-30 Prozentpunkte

▲▲▲ = Verbesserung um 31-50 Prozentpunkte

Beurteilungsaspekt	PDCA-Zyklus 1 (Gruppe IIIA)		PDCA-Zyklus 2 (Gruppe IIIB)		Vergleich prozentual		Vergleich Ø Noten	
	Note 1	Ø Note	Note 1	Ø Noten	Δ	Trend	Δ	Trend
Umsetzbarkeit der Therapie	33%	2,3	38%	1,8	+5%	▲	+0,5	▲
Subjektive Motivation	36%	1,9	75%	1,3	+39%	▲▲▲	+0,6	▲

3.6.3. Fragenkomplex B: Dienstleistungsqualität

In Bezug auf die Differenz der Durchschnittsnoten für die Höflichkeit hat die Verwaltung den größten positiven Qualitätssprung gemacht. Den geringsten Qualitätssprung haben die Schwestern gemacht, die Beurteilung ist konstant gut geblieben. Die Durchschnittsnoten der Schwestern sind von PDCA-Zyklus 1 zu PDCA-Zyklus 2 gleich geblieben.

Die Physiotherapeuten liegen mit einer Verbesserung um 33 Prozentpunkte an zweiter Stelle, jedoch ist deren Qualitätssprung höher zu werten als jener der Verwaltung. Zum einen hatten sie eine deutlich längere Kontaktzeit mit den Patientinnen, so dass mehr Aufwand nötig war, um eine Zufriedenheit herzustellen. Zum anderen hatten die Physiotherapeuten bereits positive Wertungen bei 55% und steigerten diese auf 88% (während sich bei der Verwaltung die positiven Beurteilungen lediglich auf 63% anhoben). Dies verhielt sich ähnlich in den Bewertungen der fachlichen Kompetenz und der Beratungsqualität. Die Physiotherapeuten hatten in allen Bereichen schon die besten Bewertungen und konnten sie noch weiter steigern. In diesem Kontext beschreibt das Pareto-Prinzip (siehe Kapitel 1.3, S. 8): Um eine Zufriedenheit von über 50% zu erhalten, bedarf es keiner großen Hürden, dies wird bereits mit wenigen Verbesserungsmaßnahmen erreicht. Um die Zufriedenheit auf 90% zu bringen, ist der Aufwand immens groß. Wenn man nun auf 95% kommen möchte, ist die Anstrengung so weit reichend, dass man sich überlegen sollte, ob sich der Aufwand lohnt Koch (2004, S.

11-13). Insgesamt gesehen lässt sich festhalten, dass die Physiotherapeuten am besten abschnitten. Sie verzeichneten die deutlichsten Steigerungen und erhielten im Endeffekt die besten Durchschnittsnoten.

Tabelle 32: zeitlicher Vergleich der Zufriedenheit: Fragenkomplex B

Die %-Werte beziehen sich auf den Anteil der "sehr guten" Bewertungen.

Trend: Die Symbole beziehen sich auf die Veränderung der Durchschnittswerte

▲ = Verbesserung um 0,1-0,3 Durchschnittsnotenpunkte

▲▲ = Verbesserung um 0,4-0,6 Durchschnittsnotenpunkte

▲▲▲ = Verbesserung um 0,7-1,0 Durchschnittsnotenpunkte

— = keine Veränderung

Δ = Differenz Prozentpunkte

▲ = Verbesserung um 1-10 Prozentpunkte

▲▲ = Verbesserung um 11-30 Prozentpunkte

▲▲▲ = Verbesserung um 31-50 Prozentpunkte

▲ = Verschlechterung um 1-10 Prozentpunkte

▲▲ = Verschlechterung um 11-30 Prozentpunkte

Beurteilungsaspekt	PDCA-Zyklus 1 (Gruppe IIIA)		PDCA-Zyklus 2 (Gruppe IIIB)		Vergleich prozentual		Vergleich Ø Noten	
	Note 1	Ø Noten	Note 1	Ø Noten	Δ	Trend	Δ	Trend
Höflichkeit								
Verwaltung	27%	2,3	63%	1,5	+36%	▲▲▲	+0,8	▲▲▲
Schwestern	45%	1,5	38%	1,5	-7%	▲	±0	—
Physiotherapeuten	55%	1,5	88%	1,1	+33%	▲▲▲	+0,4	▲▲
Ärzte	27%	1,8	62,5%	1,4	+35,5%	▲▲▲	+0,4	▲▲
Fachliche Kompetenz								
Schwestern	55%	1,5	37,5% ⁶	1,4	-18%	▲▲	+0,1	▲
Physiotherapeuten	45%	1,6	75%	1,3	30%	▲▲	+0,3	▲▲
Ärzte	27%	1,7	50%	1,5	23%	▲▲	+0,2	▲
Beratungsqualität								
Physiotherapeuten	55%	1,5	88%	1,1	33%	▲▲▲	+0,4	▲▲
Ärzte	27%	1,7	63%	1,5	36%	▲▲▲	+0,2	▲

⁶ +37,5% Enthaltungen

4. Diskussion

Dieses Projekt erstellte speziell für die Urogynäkologie Instrumente, die das in Studien etablierte Galileovibrationstraining (GVT) in den Klinikalltag der urogynäkologischen Abteilung der Universitäts-Frauenklinik einführten und die Steigerung der Patientenzufriedenheit kontrollierten. Dies wurde anhand eines hierfür entwickelten Qualitätsmanagementsystems (QMS) und mit Hilfe der Messung der Patientenzufriedenheit realisiert. Diese Instrumente eignen sich für routinemäßige Patientenbefragungen und Qualitätskontrollen. In diesem Kapitel wird diskutiert, welche Aspekte des QMS in der vorliegenden Untersuchung umgesetzt werden konnten und welche sich dabei in welcher Form bewährt haben oder auch nicht.

Bei dem QMS handelt es sich um einen modifizierten PDCA-Zyklus nach Deming (Glauser 2005, S. 16). Zusammenfassend lässt sich vorab sagen, dass mit Hilfe dieses in der vorliegenden Untersuchung modifizierten QMS die Zufriedenheit der Patienten mit der Prozessqualität (Therapieablauf) erhöht und so die Ergebnisqualität (Therapieergebnis) gesteigert wurde. Das entwickelte QMS verbesserte die Therapieabläufe (Prozessqualität). Das soll im Detail anhand des Fragenkatalogs unten aufgeschlüsselt werden.

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurden vier differenzierte Patientenfragebögen unter Berücksichtigung der methodischen Probleme bei Patientenbefragungen (siehe Kapitel 4.2, S. 75-77) entwickelt. Das Auswerten der Fragebögen ermöglichte die Darstellung der Ergebnisqualität. Gleichzeitig wurde der FB1 als Anamnese- und Befunderhebungsbogen eingeführt. Der FB2 und der FB3 dienten der Untersuchung der Patientenzufriedenheit mit dem Therapieergebnis und beurteilten die Nachhaltigkeit der Therapie. Das Hauptaugenmerk dieses Projektes lag auf dem FB4, der sich mit Aspekten der Patientenzufriedenheit befasste und nach der persönlichen Meinung der Patientinnen fragte. Die Fragestellung umfasste drei Teilqualitäten: Prozessqualität, Therapiequalität und Dienstleistungsqualität.

Zusammenfassend wurden folgende Fragestellungen untersucht:

1. Eignet sich das entwickelte QMS für den Klinikalltag und hat es das Ziel erreicht, das GVT in den Klinikalltag zu integrieren?
2. Hat das QMS die Patientenzufriedenheit mit dem GVT erhöht?
3. Vergleich des Therapieergebnisses zweier Gruppen aus Studien, wo der Nachweis der Wirksamkeit der Therapie im Vordergrund stand, mit zwei Gruppen, wo die Therapieoptimierung für die Patienten zentralisiert wurde.
4. Inwieweit eignen sich die speziell für das GVT entwickelten Patientenfragebögen zur kontinuierlichen und routinemäßigen Messung der Patientenzufriedenheit und damit

zur Ermittlung von Ansatzpunkten für notwendige Veränderungen und Verbesserungen in der Gestaltung der Patientenbetreuung während des GVT?

5. Liefert das Instrument der Patientenfragebögen aussagefähige und verwertbare Ergebnisse hinsichtlich des aus Patientensicht beurteilten Galileovibrationstrainings in der Urogynäkologie und Physiotherapie der Universitäts-Frauenklinik Göttingen?
6. Erfassen die Fragebögen alle für den Patienten zur Beurteilung wichtigen Aspekte?
7. Kann das QMS auch in anderen Abteilungen übernommen werden?

Durch das SGB V (Vorschrift praxisinterner Qualitätsmaßnahmen) (Walhalla Fachverlag 2012) ist das QM in den Mittelpunkt gerückt. Keim-Meermann et al. (2006, S. 9) beschreiben in ihrem Buch, dass Praxisprozesse durch Einführung eines QM vereinfacht werden. Auch wir zeigten, dass durch Einführung eines QMS die Prozesse durchsichtiger und übersichtlicher wurden. Das Verteilen der Verantwortungen und das entsprechende Mitteilen der Verantwortlichkeiten stellte sich als sehr sinnvoll dar. Zuerst wurde eine komplette Übersicht der Abläufe an alle Abteilungen verteilt. Dies verwirrte jedoch einige Mitarbeiter. Als daraufhin ihr einzelner Verantwortungs- und Handlungsbereich separat und detailliert aufgelistet wurde, kamen die meisten mit den Abläufen zurecht. Dies führte nach mehrfachen Modifikationen zu Qualitätssteigerungen (87,5% der Patientinnen waren mit der Prozessqualität zufrieden) und dadurch zu Steigerung der Patientenzufriedenheit (Erwartungen bei 88% Patientinnen erfüllt) und schließlich zur Steigerung der Motivation des Teams.

Jedoch hatten die in der QMS-Ratgeberliteratur häufig beschriebenen Maßnahmen nicht den versprochenen Erfolg, wie bei der ersten untersuchten Gruppe IIIA deutlich wurde. Erst durch Individualisierung der Prozesse, Aufdecken der Schwachstellen mit Hilfe der Patientenbefragung und durch Mitarbeitermotivation erhöhten wir die Patientenzufriedenheit auf Studienbedingungs-niveau. Dies wird deutlich am Beispiel der erfüllten Erwartungen an die Therapie. Im Vergleich der Studiengruppen I (73% sahen Erwartungen erfüllt) und II (82% sahen Erwartungen erfüllt) mit der Alltagsgruppe IIIB (88% sahen Erwartungen erfüllt) wurde sogar ein besseres Ergebnis als in den Studiengruppen erzielt.

Auch in unserem Projekt konnte gezeigt werden, dass innerbetriebliche Abläufe durch ein QMS klar geregelt und dokumentiert werden. Durch diese Rahmenbedingungen für Prozessabläufe ist gewährleistet, dass alle Tätigkeiten in geordneten Bahnen ablaufen. Durch das Erstellen von Checklisten oder Arbeitsanweisungen für die Organisationsbereiche entsteht eine Standardisierung der Tätigkeitsabläufe. Dadurch wird ein Einspringen von nicht routiniertem Personal oder Einschulen neuer Mitarbeiter wesentlich erleichtert. Zusätzlich

verringern sich durch die geklärten Verantwortungen die Auseinandersetzungen innerhalb des Teams (Weiss und Zech 1998).

Das vordringliche Ziel des QMS besteht nicht darin, Fehler zu beheben, sondern Fehler zu vermeiden (Weiss und Zech 1998). Kenntnisse über eigene Schwachstellen sind wichtig, sollten aber bei einem QMS den Ausgangspunkt eines Verbesserungszyklus bilden (Selbmann 2001). Durch die geschaffene hohe Transparenz wird ein Verbesserungs- und Rationalisierungspotential ermöglicht. Schnittstellen und qualitätsrelevante Kontrollpunkte werden auf einen Blick sichtbar. Potenzielle Schwachstellen werden erkannt und ausgeschaltet. Ein frühzeitiges Erkennen von möglichen Fehlern vermeidet eine spätere mühevollere Fehlersuche, die einen hohen Zeit- und Arbeitsaufwand bedeuten würde (Weiss und Zech 1998).

Weiss und Zech (1998) sind der Meinung, dass ein sinnvolles QMS die Mitarbeitermotivation steigert. Durch ein Zertifikat wird die Leistung der Mitarbeiter anerkannt. Dies wurde in diesem Projekt erfolgreich umgesetzt, indem den Physiotherapeuten ein Zertifikat für den Umgang mit dem Galileo 2000 erstellt und ausgehändigt wurde.

Zum Qualitätsmanagement gehört auch die Feinabstimmung zwischen den einzelnen Abteilungen, z.B. durch Besprechungen und deren Auswertung. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurden die Besprechungen mit Mitarbeitern (außer mit den Physiotherapeuten) meistens nach Bedarf angeordnet. Retrospektiv betrachtet wäre eine regelmäßige, offizielle Sitzung für jede einzelne Abteilung besser gewesen. Auch Laurila et al. (2001) beschrieben in ihrer Studie diesen Punkt. Eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung (CQI= *continuous quality improvement*) ist eine effektivere Methode als ein übliches QMS. Jedoch wurde hervorgehoben, dass die durch das CQI erzielten Verbesserungen verloren gehen, falls dieses nicht konsequent weitergeführt wird. Dies beschrieb auch Selbmann (1995). Interessant war bei den Besprechungen mit den Mitarbeitern innerhalb dieser Untersuchung, dass fast ausschließlich immer dieselben Maßnahmen und Anliegen genannt bzw. kritisiert wurden, welche die Bürokratie betrafen. Der Fokus richtete sich überwiegend auf das Verständnis für den Arbeitsablauf und die Häufigkeit der zu kopierenden Unterlagen. Die Mitarbeiter empfanden keine Erleichterung durch das QMS, sondern eher eine Vermehrung der Bürokratie durch zusätzlich eingeführte Dokumente. Das deckt sich mit dem wiederkehrenden öffentlichen Aufseufzen, dass die Pflege (bes. die Altenpflege) unter dem Aufwand für die Dokumentation leidet (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2010, S.17-20). Bereits 1996 (S. 77) beschrieb Stauss ebenfalls, dass Mitarbeiter der ständigen Reformen müde und daher für QM-Initiativen oft nur schwer zu begeistern seien. Deswegen wendet sich das Curriculum der Bundesärztekammer (AWMF 2007, S. 3-4) gegen systematisierte QMS im Gesundheitswesen. Es berichtet von Fehlentwicklungen und Fehlschlägen wie etwa überbordende zusätzliche Bürokratie. Bei der Einführung von QMS im Gesundheitswesen sei daher

zu prüfen, ob die für den industriellen Bereich gestellten Verfahren übertragen werden können oder ob es zusätzlicher Modifikationen bedarf.

Idealerweise hätte die Einführung des QMS mit einer offiziellen Einladung zu einer Mitarbeiterbesprechung angesetzt werden müssen. Um dies zu komplettieren, wäre ein Gegenzeichnen bzw. Zertifikat für die Anwesenheit wünschenswert gewesen. Da die Einführung des QMS keine Pflicht darstellt, schien es anfangs nicht wirklich ernst genommen worden zu sein. Erst wiederholtes geduldiges Hinweisen auf die stets wiederkehrenden Fehler und ein regelmäßiges Hinterfragen sowie Korrigieren der neu durchzuführenden Abläufe führte am Ende dieses Projektes zu der erwünschten Routine. Im Verlauf konnte das positive Feedback der Patientenbefragung als Mitarbeitermotivation verwendet werden. Lob ist ein wesentlicher Ankerpunkt im QM. Bereits Deming (siehe Kapitel 1.2, S. 6-8) verwies in einer seiner vielen Managementregeln (z.B. Regel 8: Furchtloses Klima) darauf, wie wichtig Lob und Anerkennung sind, wenn sie gerechtfertigt sind. Aber auch Anleitung und Unterstützung bei Notwendigkeit sind wichtig. Voraussetzung dafür ist, dass ein Mitarbeiter ohne Furcht vor negativen Konsequenzen sich an den Verantwortlichen des QMS bzw. an seinen Vorgesetzten wenden kann, wenn er Probleme hat (Glauser 2005, S. 21).

Zu Beginn der Einführung des QMS (PDCA-Zyklus 1) wurden systematisierte und standardisierte Verbesserungsmaßnahmen angewendet, die bei weitem nicht zu der erwünschten Patientenzufriedenheit führten. Ein Beispiel dafür ist der im PDCA-Zyklus 1 angewendete Aspekt der Wartezeitoptimierung. Eine relativ exakte Einbestellung wird von den Patienten als wünschenswert und realisierbar angesehen (Blum 1995, S.321). Dieser Aspekt wurde durch ein eigenes Projekt umgesetzt. Ob nur die Verringerung der Wartezeiten in unserem Fall bereits eine Steigerung der Patientenzufriedenheit erreicht hätte, ist nicht mehr nachzuvollziehen. Da dieser Aspekt im PDCA-Zyklus 1 bedacht wurde und wir nicht die erwartete Höhe an Patientenzufriedenheit erhielten, kann davon ausgegangen werden, dass die Verringerung der Wartezeiten nicht Prozessmängel in anderen Bereichen kompensiert.

Zur Patientenzufriedenheit trägt ein gutes Beschwerdemanagement bei. Deshalb wurde in unserem Fall mit Organisationsfehlern sofort und schnell umgegangen. Selbmann (2001, S. 755) mahnt dabei zu bedenken, dass „nicht jede negative Abweichung automatisch für ein Versorgungsdefizit“ steht. Ein Beispiel dafür ist eine schriftliche Patientenbeschwerde während der Einführung des GVT. Diese wurde direkt umgesetzt und in einer gemeinsamen Sitzung aller Beteiligten besprochen. In solchen Fällen sollten die Patientinnen zuvorkommend und sachlich behandelt werden. „Ein professioneller Umgang mit Beschwerden“ führt zu besonderer Kundenloyalität (Stauss 1996, S. 55). Eine unbefriedigende Kontaktsituation kann sich auf die Gesamtsicht der Patienten auswirken (Eichhorn 1996, S.127). Trotz gutem QMS tauchen Fehler auf, die durch ein gutes Management korrigiert werden können. Dass die

Patientenbeschwerde sofort weitergegeben und dadurch bearbeitet wurde, ist Zeichen eines gut funktionierenden Qualitätsmanagements.

Während der Besprechungen der Doktorandin (= QMB zu der Zeit) mit den Physiotherapeuten erstellten beide Parteien ein Protokoll der Sitzung, das anschließend archiviert wurde. Dies hatte sich bewährt, um Kontroversen bei Fehlern im Arbeitsablauf zu vermeiden. Beide könnten bei einer Streitsituation objektiv ihre Unterlagen einsehen. Hier wäre die Freigabe der Abläufe durch ein Unterzeichnen der verantwortlichen Mitarbeiter wünschenswert gewesen. Vielleicht hätte dies dem QMS ein offizielleres Ansehen verliehen und die Mitarbeitermotivation erhöht.

Die Möglichkeit, die Qualitätsmanagementbeauftragte zu kontaktieren, wurde nur einmal in Anspruch genommen, was möglicherweise das mangelnde Interesse oder auch Vorbehalte gegenüber dem QMS zeigt.

Gestaltung der Fragebögen

Die Patientenzufriedenheit ist eine Leitidee des QM, dabei soll die Patientenzufriedenheit das Ergebnis des Behandlungsprozesses sein. Jedoch ist noch unklar, ob...

„(...) die Zufriedenheit von Patienten und die Bewertung medizinischer Versorgung durch Patienten tatsächlich identische Phänomene sind bzw. ob Wertvorstellungen, Erwartungen und Bedürfnisse von Patienten durch eine aktive Bewertung anhand von Zufriedenheitsskalen ausgedrückt werden können (...). Dies bedeutet keineswegs, dass subjektive Patientenurteile für eine qualitativ verbesserungsfähige Versorgung nicht notwendig seien“ (Leimkühler und Müller 1996, S. 771-772).

Die Selbstbeurteilung der Lebensqualität (bei Frauen mit SHIK) kann sogar helfen, die individuell beste Therapie zu wählen. Diese Meinung teilen auch Viereck et al. (2010). Oh und Ku (2007) geben jedoch an, dass die subjektiven Ergebnisse zur Einschränkung der Lebensqualität, verursacht durch die SHIK, differieren können. Das liegt an der Menge an Messinstrumenten, die hinsichtlich ihres Spielraumes und Inhaltes variieren (Oh und Ku 2007).

Als Erhebungsmethode wurde die schriftliche Befragung zu verschiedenen Zeitpunkten gewählt: bei der Neuaufnahme, direkt nach der Therapie und drei Monate nach Abschluss der Therapie. Der Vergleich des Messinstrumentes vor und nach einer speziellen Therapie ist eine allgemeine Methode zur Demonstration der Ansprechbarkeit der Patienten auf eine Therapie (Tamanini et al. 2004). Dies betraf die im Klinikalltag behandelten Patientinnen der Gruppen IIIA und IIIB. Eine weitere schriftliche Befragung fand für die Gruppen I und II statt. Es war eine Nachbefragung der Probandinnen der vorhergegangenen Galileo-Studien unter Studienbedingungen.

Die durchschnittliche Ausfülldauer der Fragebögen entspricht den in anderen Studien ermittelten Zeitangaben mit ca. zwanzig Minuten für ca. fünfzig Items (Price et al. 2006). Tamanini et al. (2004) beschreiben die Vor- und Nachteile eines kurzen und eines langen Fragebogens. Der Vorteil eines kurzen Fragebogens besteht darin, nicht die Geduld der Patientin auszureizen. Die Rücklaufquote ist wahrscheinlich höher, ebenso die Zahl der beantworteten Fragen. Das Ausfüllen eines umfangreichen Fragebogens dauert zwar länger und hat das Risiko, nicht vollständig, eventuell sogar überhaupt nicht ausgefüllt zu werden, jedoch liegt der Vorteil bei einer vollständigen Beantwortung der Fragen in der Ausführlichkeit und Detailliertheit der Ergebnisse. Espuna Pons et al. (2007) verglichen den *King's Health Questionnaire* (KHQ) mit einem kurzen Fragebogen (*ICIQ-UI Short Form*) und kamen zu dem Ergebnis, dass der KHQ trotz allem besser klinisch anwendbar ist zur Evaluation der HIK.

Die durchschnittliche Ausfüllzeit lag in unserem Fall mit zehn bis zwanzig Minuten im allgemeinen Durchschnitt (s.o.). Wir orientierten uns dabei an den B-FLUTS. Dieser wurde unter anderem ebenfalls vor und drei Monate nach Burch-Kolposuspension verteilt und mit dem *standard 1-hour-Pad-Test (Pad-Test)* verglichen. Die Validität des B-FLUTS wurde beurteilt durch Patienteninterviews, das Messen von fehlenden Daten und durch Daten, die aus dem *Pad-Test* hervorgegangen waren (Jackson et al. 1996).

Wir führten die Befragung ähnlich durch, nur dass wir einen weiteren Untersuchungszeitpunkt (direkt nach Therapieabschluss) wählten. Jedoch fiel bei uns ein Untersuchungsparameter heraus: Der *Pad-Test* wurde während der Einführung des GVT (PDCA-Zyklus 1) falsch durchgeführt. Ein Miktionstagebuch und der *Pad-Test* sind grundsätzlich zuverlässige Instrumente für die Beurteilung des Harnverlusts (Groutz et al. 2000). Jedoch kann der *Pad-Test* auch weggelassen werden. In der Studie von Abdel-fattah et al. (2004) wurde gezeigt, dass eine einfache Befragung nach der Harninkontinenz der Frauen prä- und postoperativ genauso aussagekräftig ist wie der *Pad-Test*. Sie korreliert sogar besser mit der Lebensqualität.

Der B-FLUTS ist ein allgemein anerkannter und in Studien verwendeter Fragebogen. Bo et al. (2000) verwendeten den B-FLUTS in einer Studie, in der gezeigt wurde, dass Beckenbodentraining einen positiven Einfluss auf die Lebensqualität, das Selbstbewusstsein und die Sexualität der Befragten hat.

Auf die Validität der hier erstellten Fragebögen wurde nicht explizit eingegangen. Da die Fragebögen aus bereits präexistenten Fragebögen zusammengestellt wurden, ist davon auszugehen, dass sie valide sind. Um eine spätere Auswertung der Validität einzuräumen, wurde der bereits in vielen Studien evaluierte und als valide anerkannte KHQ (Oh und Ku 2007) in deutscher Sprache (Bjelic-Radisic et al. 2005) an die Fragebögen beigefügt.

Bei den Befragungen direkt vor und direkt nach der Therapie hatten die Patientinnen kaum Erinnerungsschwierigkeiten hinsichtlich bestimmter Situationen und Aspekte des GVT. Dadurch konnten die entsprechenden Items recht genau beantwortet werden. Dies zeigt sich an den gründlich ausgefüllten Fragebögen. Die Fragebögen, bei denen die Frauen Zeit zum Ausfüllen hatten, waren die am sorgfältigsten bearbeiteten Fragebögen. In diesen gab es die wenigsten Items ohne Angaben. Um den Frauen diese Freiheit auch zu Beginn der Therapie einzuräumen, wurden sie zehn Minuten vor den eigentlich eingetragenen Termin einbestellt. Dadurch hatten die Frauen Zeit, den FB1 ausführlich auszufüllen.

Als positive Maßnahme stellte sich das Aushändigen des FB2 am Ende der vorletzten Therapiestunde vom Physiotherapeuten heraus. So hatten die Patientinnen Zeit, bis zur letzten Therapiestunde den Fragebogen zu beantworten. Dadurch wurde eine hohe Anzahl von beantworteten Fragen erzielt (siehe Rücklaufquoten der Gruppe IIIA und IIIB: Tabelle 7, S. 37). Ähnliches beschrieben auch Khan et al. (2004).

Da die Frauen die Nachbefragungsbögen nicht in der Klinik vor den betreuenden Personen bzw. Ärzten ausfüllen mussten, war die Gefahr des Antwortverhaltens nach „sozialer Erwünschtheit“ (Aust 1994) (siehe Kapitel 4.2, S. 75-78) eingedämmt. Die Voraussetzungen waren bei dem FB2 etwas ungünstiger als bei dem FB3. Die Patientinnen hatten nach dem FB2 noch die Abschlussuntersuchung vor sich und, da die Fragebögen nicht anonym waren, außer dem FB4, hätten die Patientinnen noch ihr Antwortverhalten unter eventueller Beeinflussung abgeben können. Durch das Trennen der zu Kritik ermunternden Fragen von den nicht anonymen Fragebögen in einen separaten anonymen Fragebogen (FB4) und die Möglichkeit, diesen Fragebogen in einem geschlossenen Umschlag in einen Briefkasten zu werfen, sollten die Frauen ermuntert werden, Kritik zu äußern.

Die Beantwortung einiger Multiple-Choice-Fragen erfolgte in Anlehnung an die Likert-Skala auf einer fünfwertigen Werteskala, um eine geringere Streuung der Bewertung zu erzielen. Wir gehen davon aus, dass die Patientinnen dadurch ihre Bewertung besser abschätzen können. Viele andere Autoren wie z.B. Jackson et al. (1996) oder Clayson et al. (2005) verwenden ebenfalls eine kleinere Skala. Die von uns befragten Patientinnen kamen mit dieser Skala gut zurecht. Clayson et al. (2005) befürchten jedoch, dass durch eine ungerade Zahl der Werteskala, die Patienten dazu veranlasst werden, den Mittelwert bevorzugt anzugeben. Unsere Ergebnisse zeigen, dass die Frauen meistens hohe Wertungen vergaben und sich nicht von einer ungeraden Zahl der Antwortvorgaben lenken ließen.

In der zweiwöchigen Anfangsphase des PDCA-Zyklus 1 schrieben Patientinnen auffällig oft Kommentare über die Multiple-Choice-Fragen. Deswegen wurde, wie auch oben schon erwähnt, ein Freiraum unter den Multiple-Choice-Fragen eingerichtet. Während des PDCA-Zyklus 2 wurden diese freien Felder zwar von den Frauen genutzt, aber nicht in dem Maße

wie erwartet. In dieser Anfangsphase zeigte sich auch, dass nicht alle Frauen mit offenen Fragen umgehen konnten. Um die Patientinnen im Antwortverhalten zu unterstützen, wurden in den offenen Fragen in Klammern Antwortbeispiele angegeben. Die Frauen kreuzten das dementsprechende Antwortbeispiel an oder unterstrichen es. Demgemäß ist davon auszugehen, dass die Patientinnen hier in ihrem Antwortverhalten beeinflusst worden sind. Dies sollte im Sinne der kontinuierlichen Verbesserung im Fragebogen abgeändert werden.

Mit dem Begleitschreiben des Fragebogens soll auf die Seriosität und die Bedeutsamkeit der Befragung für die Therapie der SHIK hingewiesen werden. Die deutlich höheren Rücklaufquoten der Gruppe IIIB, aber auch die hohen Rücklaufquoten der Galileo-1 und -2 Studie zeigen unter anderem, dass das Begleitschreiben einen positiven Einfluss auf die Rücklaufquote hatte.

Die Fragebögen FB1, FB2 und FB3 enthalten neben allgemeinen spezifischen Fragen zum therapeutischen Umfeld auch Items, die urogynäkologische und physiotherapeutische Faktoren erfassen. Deshalb können diese Fragebögen nicht ohne weiteres von anderen Fachbereichen übernommen werden. In den FB1 wurden speziell die Physiotherapie betreffend Fragen integriert. Indem die Physiotherapeuten nun viel mehr Unterlagen erhielten, konnten sie sich besser auf die erste Stunde GVT vorbereiten. Dies wurde während der regelmäßigen Besprechung mit den Physiotherapeuten berichtet.

Der zweigeteilte differenzierte FB4 war der Hauptbestandteil der vorliegenden Untersuchung, des Qualitätsmanagements zur Einführung der Therapie. Er enthält allgemeine Fragen zur Untersuchung der Patientenzufriedenheit mit dem Therapieablauf. Da die Items des ersten Teils allgemein gehalten sind, kann er fachübergreifend angewendet werden. Jedoch enthält der zweite Teil neben den Fragen, die sich an die üblichen Mitarbeiter einer Klinik oder Praxis (Verwaltung, Pflegepersonal und Ärzte) wenden, speziell Items mit Blick auf die Physiotherapeuten. Deshalb kann der zweite Teil nicht ohne weiteres von anderen Fachbereichen übernommen werden.

4.1. Rücklaufquote

Aus der Auswertung geht hervor, dass der Rücklauf der Fragebögen zur Patientenzufriedenheit während des gesamten Erhebungszeitraums im Durchschnitt zwischen 44% und 72% lag. Viethen et al. (1997) erzielten mit ihrer Befragung eine Rücklaufquote von 60% und fanden sie überlegen im Vergleich zu den in der Literatur beschriebenen Rückläufen zwischen 30% und 40% bei postalischem Versand. Dass dies durchaus relativ zu sehen ist, zeigen andere Autoren, die bei einer deutlich niedrigeren Rücklaufquote ansetzen. Obermann und Müller (2010, S. 3) beispielsweise sind mit einer sichtlich geringeren Rücklaufquote zufrieden: „421 Ärzte lieferten aussagekräftige Antworten (6% Antwortquote). Damit liegt der

Rücklauf im erwartbaren Rahmen für eine nicht incentivierte, unangekündigte Online-Befragung ohne telefonisches Nachfassen“. Snow et al. (2007) hatten eine Rücklaufquote von 51% der versandten Fragebögen und beschrieben sie als annehmbar.

Klotz et al. (1996) verglichen in einer Untersuchung zur Patientenzufriedenheit Rücklaufquoten von Fragebögen, die Patienten persönlich wieder bei Entlassung in eine Box werfen, und solchen, die Patienten mit einem frankierten Umschlag wieder zurücksenden konnten. Die Rücklaufquoten waren ähnlich hoch (54%/ 61%), sodass sie zu dem Schluss kamen, dass eine Rückgabe des Fragebogens per Post effektiver in Bezug auf die Rücklaufquote ist. Der Rücklauf in unserer Untersuchung war bei den versandten Fragebögen FB3 im Schnitt vergleichbar höher und bei den persönlich verteilten Fragebögen FB2 niedriger. Der FB2 hat eine Rücklaufquote in der Gruppe IIIA von 9% und in der Gruppe IIIB von 43%. Besonders die Quote der Gruppe IIIA ist sehr gering. Als Gründe nannten die Patientinnen unter anderem, das Mitbringen des FB2 vergessen zu haben. Das bedeutet, dass die Verteilung und die Organisation der Dokumentenpflege zu verbessern waren. Hier zeigt sich, dass eine schlechte Organisation nur wenig relevante Werte liefert. Zu fragen ist, ob möglicherweise ein Zeitfenster von zehn Minuten zum Ausfüllen des FB2 im Anschluss an die letzte Therapiestunde besser gewesen wäre.

Ein direkter Vergleich der Rücklaufquoten des FB2 mit den Rücklaufquoten des FB3 bestätigt Klotz' et al. (1996) Theorie: Bei der Gruppe IIIA stieg der Rücklauf von 9% (persönlich abgegebene FB2) auf 44% (postalische Rücklaufquote FB3). Die Gruppe IIIB verzeichnete einen kaum höheren Anstieg von 43% (persönlich abgegebene FB2) auf 50% (postalische Rücklaufquote FB3). Ferner war hier ein wesentlicher Einflussfaktor auf die Rücklaufquote die verbesserte Organisation. Die geringeren Rücklaufquoten hatten die Patientinnen der Gruppe IIIA (FB1: 100% (wobei der Fragebogen nur an 22% der Frauen verteilt wurde); FB2: 9%; FB3: 44%; FB4: 48%). Diese Gruppe konnte noch keine verbessernden Maßnahmen im Sinne des PDCA-Zyklus 2 genießen.

Die Gruppen I und II weisen mit 72% und 52% (Rücklaufquote FB3) deutlich höhere Rücklaufquoten auf als die Gruppen IIIA und IIIB. Diese hohen Rücklaufquoten der Gruppen I und II sind - neben der postalischen Theorie - darauf zurückzuführen, dass die Patientinnen unter Studienbedingungen therapiert wurden. Dies hat sehr wahrscheinlich einen positiven Einfluss auf das Beteiligungsverhalten der Patientinnen.

Der Studienbetreuer der Gruppe II verfasste für seine Studienteilnehmerinnen einen Brief, der mit den Fragebögen versandt wurde. Der Studienbetreuer der Gruppe I schrieb keinen entsprechenden eigenen Brief. Stattdessen wurde das Begleitschreiben der hiesigen Untersuchung beigefügt. Entgegen den Erwartungen kamen deutlich mehr Fragebögen aus der Gruppe I zurück.

4.2. Aussagekraft und Wirkung der erhobenen Daten

Bei Befragungen im medizinischen Bereich sollten einige nachfolgend genannte Phänomene bei der Auswertung bedacht werden:

Bei dem bereits weiter oben erwähnten Phänomen der sog. „sozialen Erwünschtheit“ zeigt der Patient ein positives Antwortverhalten. Insofern schließen hohe Zufriedenheitswerte keine negativen individuellen Erfahrungen und Empfindungen aus. Dies geschieht durch Anpassung an die Krankenrolle und durch die soziale Unerwünschtheit, Kritik an Personen (d.h. dem Arzt bzw. dem Therapeuten) zu üben, die nur das Wohl des Patienten im Blick haben (Aust 1994; Blum 1995, S. 85-86).

In diesem Zusammenhang differenziert Blum (1995, S. 88) die „Zustimmungstendenzen“ von „sozialer Erwünschtheit“: Sie bezeichnet „die systematische Bejahung von Fragen unabhängig vom Frageinhalt“, wodurch die Patientenzufriedenheit überschätzt wird. Das erklärt sich laut Blum (1995) psychologisch durch eine „geringe Ich-Stärke und eine(r) im Alltag erlernten Anpassungsstrategie mancher Probanden“ (Blum 1995, S. 88). Fraglich ist, ob dies überhaupt - bei dem durch den Autor bereits beschriebenen seltenen Vorkommen - in unserer Untersuchung Einfluss nehmen konnte. Viethen et al. (1997) greifen dies in ihrer Patientenbefragung zur Patientenunzufriedenheit auf und vermeiden durch gezielte Unzufriedenheitsbefragungen die beiden letztgenannten Phänomene.

In Bezug auf den Therapieerfolg bezweifeln manche Kliniker die Fähigkeit der Patienten, verwertbare Antworten zu geben bzw. ihre eigene Situation richtig und realistisch zu interpretieren. Black et al. (1991) beschreiben das Phänomen „*professional skepticism*“: Die Patienten haben ein subjektives Urteil über den Ausgang einer Therapie. Die Behandelnden vertreten jedoch die Ansicht, der Patient könne wegen des mangelnden Hintergrundwissens die Zusammenhänge nicht angemessen beurteilen. Deswegen seien die Aussagen des Patienten nicht hinreichend aussagekräftig. Ähnlich beschreibt es auch Blum (1995, S. 46). Er nennt diesen Begriff „Patientenkompetenz“. Er wendet ihn in Bezug auf die Frage an, ob der Patient „die nötigen Kompetenzen verfügt, um die medizinische Versorgung angemessen zu evaluieren“ (Blum 1995, S. 46). Zu fragen ist allerdings, wie „richtig“ zu verstehen ist und wessen Realität bei der individuellen Einschätzung gemeint ist.

Ein weiteres Phänomen ist „Selbstselektion des Patienten“ (Aust 1994, S. 33-35): Die besondere Situation des Kranken beeinflusst das Antwortverhalten. Anzunehmen ist, dass zufriedener Patienten mit größerer Wahrscheinlichkeit antworten und folglich eine positivere Bilanz entstehen lassen, d.h. man geht davon aus, dass „Nicht-Antwörter“ kritisieren würden. Da der Kranke häufig verunsichert und abhängig ist, verfällt er in eine passive Haltung, weil er davon ausgeht, dass die Krankheit vorübergeht. Dem gegenüberzustellen sind die chro-

nisch Kranken, die eher Kritik äußern. Auch Blum (1995, S. 116-120) geht von der Hypothese aus, dass unter den Ausfällen die unzufriedenen Patienten überrepräsentiert sind. Klotz et al. (1996) zeigten wiederum, dass es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen der „Antworte“ und „Nicht-Antworte“ gab. Blum (1995, S. 116) und Klotz et al. (1996) kamen zu dem gleichen Ergebnis: lediglich die ausländischen und betagten (sechzig Jahre und älter) Patienten waren in der Gruppe der „Nicht-Antworte“ deutlich überrepräsentiert (bei Klotz et al. 1996 beantworteten nur 5% der ausländischen Patienten die Fragebögen).

In unserem Falle wäre demnach möglich, dass die immerhin durchschnittlich 50% Nicht-Antworte als eventuelle weitere Kritiker ausfallen. Möglicherweise befinden sich unter denjenigen, die die Teilnahme verweigern, mehr Kritiker als unter den Teilnehmern der Befragung. Im Rücklauf der Gruppe IIIA war aber auch ersichtlich, dass nur Kritiker geantwortet haben. Daraus ist ableitbar, dass Patientinnen, die sich besonders geärgert haben, die Möglichkeit der Bewertung nutzten, um ihre Kritik zu äußern. Die Kritik geschah unabhängig davon, ob die Patientinnen ihren Namen angeben mussten oder nicht. In den anonymen Fragebögen sind nicht mehr Kritiken als in den nicht anonymen. Aufgrund der Anonymität des FB4 wurde eine höhere Rücklaufquote als bei den nicht anonymen FB1, FB2 und FB3 erwartet. Insgesamt erstaunlich ist, dass bis auf die Gruppe IIIA weniger anonyme Fragebögen (FB4) zurückgegeben wurden als nicht anonyme (FB3) (z.B. Rücklaufquote Gruppe I des FB3: 72%, des FB4: 56%). Davon unabhängig ist der postalische oder direkte (persönliche Aushändigung) Weg.

Ein weiteres Phänomen nennt sich „*recall bias*“ bzw. „Erinnerungsverzerrung“, das besonders bei retrospektiven Studien auftaucht. Es beschreibt eine Fehlerquelle durch kognitive Verzerrung. Dabei wird unterstellt, dass Befragte sich rückwirkend nicht mehr korrekt an Begebenheiten erinnern können (Röhrig et al. 2009). Die Frist zwischen Therapie-Ende und Befragung der ersten Galileo-Studie ist länger als die der zweiten Galileo-Studie. Hierbei könnte es zu einer Verzerrung der Wahrnehmung durch die rückwirkende Befragung gekommen sein, die in dem Falle des Therapieergebnisses positiver ausfällt, je länger die Frist zwischen Therapie-Ende und Befragung ist. Man kann jedoch annehmen, dass dies eher unwahrscheinlich ist, da bei der Nachbefragung in der Alltagsgruppe IIIB die Werte des Therapieergebnisses (88%) sogar deutlich besser waren als unter Studienbedingungen (siehe Abbildung 7, S. 43), wobei die Frist zwischen Therapieende und Nachbefragung mit drei Monaten deutlich kürzer war als bei den Studien-Gruppen I und II (>1 Jahr). Andernfalls kann es auch dem großen Erfolg des PDCA-Zyklus 2 zugeschrieben werden.

Um eine Vergleichbarkeit zu schaffen, wurde neben den nicht anonymen (aber strikt diskret) angewendeten Daten der FB1, 2 und 3 auch der anonyme Fragebogen FB4 erstellt. Dabei wurde sichergestellt, dass die Patientinnen ohne Einfluss von Vermittlern (z.B. Interviewer)

und ohne Zeitdruck den Fragebogen ausfüllten. Aus diesen Maßnahmen, die in der Gruppe IIIB (PDCA-Zyklus 2) durchgeführt wurden, resultierte im Vergleich zu der Gruppe IIIA (PDCA-Zyklus 1) ein differenzierteres und ausführlicheres Antwortverhalten.

Raspe (1983) kommt zu dem Ergebnis, dass Zufriedenheitsraten unter 75% bereits auf erhebliche Qualitätsmängel hinweisen. In unserer Untersuchung sahen 88% (Gruppe IIIB) der Patientinnen ihre Erwartungen an die Therapie erfüllt. Bei der letzten Befragung wurde für die Zufriedenheit mit der Therapie fast ausschließlich die Gesamtnote „2“ oder „1“ vergeben. Die schlechteste Bewertung erhielten die Mitarbeiter der Leitstelle (Anmeldung) von der Gruppe IIIA für die Höflichkeit mit einer Durchschnittsnote von 2,3. Damit wird ein Qualitätsmangel aufgezeigt. Trotzdem ist die Note immer noch gut. Ggf. ist zu erwägen, dass die Wirkung des GVT den Patientinnen wichtiger ist als die Freundlichkeit der Mitarbeiter. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich alle ermittelten Qualitätsprobleme in den Bereich des Organisationsablaufs einordnen lassen, während die ärztlich–medizinische und die pflegerische Betreuung sehr positiv beurteilt wurden.

Bezeichnend war eine Steigerung der Patientenzufriedenheit mit der **Prozessqualität** von Gruppe IIIA bis IIIB. Mit dem Umsetzungsbeginn der geplanten neuen Maßnahmen stieg die Zahl der positiven Beurteilung („sehr gut“) um 5,5 Prozentpunkte auf 86,5%. Eine Steigerung der Bewertung „sehr gut“ in den Bereichen über 80% ist gemäß des Pareto-Prinzips (vgl. Kapitel 1.3, S. 8) als großer Erfolg zu werten. Die Befragungen der Patientinnen sollen deshalb weiterhin stattfinden, um die Zufriedenheit der Patientinnen mit dem Therapieverlauf dauerhaft bestimmen und gegebenenfalls beeinflussen zu können.

Die Patientinnen hoben ihre eigene Motivation sehr stark hervor. Das ist nachvollziehbar, da die Patientinnen (hier Gruppe IIIA und IIIB) die Kosten der Therapie zum Teil selbst tragen mussten. Anzunehmen ist, dass dadurch die Erwartungshaltung gegenüber der Therapie höher war. Wenn dann Unregelmäßigkeiten mit der Organisation auftraten, war dies für die Patientinnen besonders ärgerlich. In einigen Fällen schien die subjektive Motivation mit dem Wunschdenken verwechselt worden zu sein, dass die Therapie wie eine Tablette ohne Eigenanstrengung funktionieren soll. So stellt sich die Frage, ob den Frauen nicht ein falsches Bild der Therapie vermittelt wurde.

Die **Höflichkeitsbewertungen** bewegten sich v.a. nach dem PDCA-Zyklus 2 (Gruppe IIIB) bei allen befragten Gruppen (Verwaltung, Pflege, Physiotherapeuten und Ärzten) bei sehr guten und guten Benotungen, das dem Niveau der Studienbenotungen entsprach. Die Physiotherapeuten stachen mit einer deutlichen Steigerung der von PDCA-Zyklus 1 (55% „sehr gut“) zum PDCA-Zyklus 2 Höflichkeitsbewertungen (88% „sehr gut“) hervor. Nach dem Pareto-Prinzip ist eine weitere Steigerung nur noch durch einen nicht mehr lohnenden hohen Aufwand zu erreichen (vgl. Kapitel 1.3, S. 8).

Das Gesundheitsempfinden nahm im Verlauf des PDCA-Zyklus 1 insgesamt ab (Benotung „gut“ in der Gruppe IIIA: FB1= 67%, FB2= 50%, FB3= 40%). Im PDCA-Zyklus 2 wurde das Gesundheitsempfinden im Verlauf etwas besser (Benotung „gut“ in der Gruppe IIIB: FB1= 64%, FB2= 44%, FB3= 78%) bewertet. Das Gesundheitsempfinden der Gruppe I („gut“ = 67%) und II („gut“ = 69%) war in der Nachbefragung subjektiv deutlich „gut“. Im Vergleich ist trotz des mäßig empfundenen Gesundheitsempfindens von den Patientinnen eine Besserung der Symptomatik beschrieben, was normalerweise widersprüchlich klingt. Bereits Bo et al. (2000) stellten die These auf, dass eine relevante Verbesserung der Symptomatik nicht unbedingt eine signifikante Verbesserung des generellen Gesundheitsempfindens verursacht.

Im Zuge des PDCA-Zyklus 2 gab es deutliche Verringerungen des **Leidensdrucks**. Eingangs hatten nur 14% keinen Leidensdruck. Nach Abschluss der Therapie und drei Monate später stieg die Menge der Frauen ohne Leidensdruck auf 67%. Dies ist eine enorme Steigerung. Einen Widerspruch dazu bildete jedoch trotz geringen Leidensdrucks der Wunsch der Galileo-1-Studie und der Gruppe IIIB nach einer operativen Versorgung. Die Mehrheit der Gruppe II und der Gruppe IIIA wünschten bei bleibenden Beschwerden keine OP. Dies zeugt von einem etwas geringeren Leidensdruck. Jedoch haben bei der Frage nach dem Leidensdruck die meisten Frauen „sehr stark“ angegeben. Der Begriff Leidensdruck scheint für die Frauen von unterschiedlicher Bedeutung zu sein. Vielleicht finden die Frauen eine OP nicht so dramatisch. Möglicherweise ist die Hemmschwelle bei diesen Frauen gegenüber einer OP gering und sie kommen gerade deswegen in die Klinik.

Auffällig ist die Steigerung in der Gruppe IIIB bei dem Wunsch nach einer OP um 31 Prozentpunkte auf 67%. Die Haltung gegen eine OP fiel gegenteilig dazu von 50% auf 11%. Price et al. (2006) beschreiben in ihrer Studie, dass vaginale Symptome, die prävalent in der generellen Bevölkerung sind, nicht immer die Lebensqualität beeinflussen, sogar bei denen, die mehrere verschiedene Symptome beschreiben. Auch Bo et al. (2000) berichten Ähnliches. Die Lebensqualität war vor der Therapie bei Frauen mit SHIK bereits relativ hoch. Eine Verbesserung der Lebensqualität wäre schwer zu erzielen und unrealistisch zu erwarten. Dadurch kamen sie zu dem Schluss, dass die SHIK weniger Einfluss auf Lebensqualität hat als die UHIK.

Nach dem PDCA-Zyklus 2 stieg die Bejahung der Frage, ob sich die **Erwartungen an die Therapie** erfüllt hätten, von 45% auf 87,5%. Die Ergebnisse waren sogar um einige Prozentpunkte besser als bei den Frauen der Gruppen I (74%) und II (84%) unter Studienbedingungen, was in diesen Bereichen im Sinne des Pareto-Prinzips und bei einer möglichen *recall bias* der Studiengruppen (siehe Seite 75) als sehr großer Erfolg zu werten ist.

Die Erwartungen der Patienten spielen die wichtigste Rolle für die Vorhersagbarkeit der Zufriedenheit. Je größer die Diskrepanz zwischen Erwartungen und Realität, desto geringer ist die Patientenzufriedenheit. Daraus sollte folgen, dass man die Ursache für die schlechte Beurteilung findet und mit Hilfe der guten Urteile Lösungsansätze ableitet, beispielsweise eine bessere prätherapeutische Aufklärung über die möglichen Therapieerfolge (Hills und Kitchen 2007).

4.3. Alternativen für die Befragungen zur Patientenzufriedenheit hinsichtlich der Entwicklung und Einführung des QMS

Für die Analyse des chronologischen Ablaufs sind verschiedene Planungsinstrumente entwickelt worden wie etwa das *Blueprinting* oder die Variation davon: das *Service-Mapping* (Gummesson und Kingman-Brundage 1992).

Telefonische Interviews können nach Beendigung der Therapie als weitere Maßnahme zur Messung der Patientenzufriedenheit genutzt werden. Dabei sollten Missverständnisse, Informationsmängel hinsichtlich des GVT in den Dienstleistungen der Klinik festgestellt werden. In vielen Krankenhäusern der USA sind solche Interviews anhand eines speziellen Fragebogens im Rahmen systematischer Patienten-Rückrufprogramme üblich. Dadurch wird dem Patienten zusätzlich Fürsorge signalisiert. Gombeski et al. (1993) bewiesen die Eignung dieses Instruments zur Steigerung der Kundenzufriedenheit.

Khan et al. (2004) zeigten allerdings in ihrer Untersuchung, dass die Antworten der per Post gesendeten Fragebögen einen besseren Bezug zu urodynamischen Symptomen der HIK aufwiesen als Antworten während eines Interviews.

4.4. Der Zusammenhang zwischen einem verbesserten Qualitätsmanagement und einem größeren Therapieerfolg

Im Rahmen des vorliegenden Projektes hatten die Patientinnen in den Fragebögen sowohl deutliche Verbesserungen beim QM der Klinik angegeben als auch das GVT größtenteils erfolgreich bewertet. So stellt sich am Ende der Arbeit noch einmal die in der Einleitung aufgeworfene Frage nach einem möglichen kausalen Zusammenhang zwischen einem verbesserten QM und einem größeren Erfolg des GVT. Ohne Frage ist es grundsätzlich möglich, dass eine Therapie gut anschlägt, obwohl das Zusammenspiel zwischen den einzelnen behandelnden Instanzen in der Klinik zu wünschen übrig lässt. Umgekehrt sind Fälle denkbar, wo dieses Zusammenspiel sich optimal gestaltet, der Therapieerfolg aus verschiedenen Gründen jedoch ausbleibt. Besonders letzteres geht aus einigen Kommentaren der befragten Patientinnen hervor, die nicht selten dann den Grund in dem ausbleibenden Erfolg des GVT in dem nicht fortgesetzten Training zuhause sahen (siehe Tabelle 16, S. 44). Das alles deu-

tet zunächst darauf hin, dass kein Zusammenhang zwischen dem verbesserten QM und dem Therapieerfolg besteht.

Richtet man den Blick jedoch auf jene Patientinnen, die sowohl Ärzten, Krankenschwestern und Physiotherapeuten gute bis sehr gute Noten gaben und den Erfolg des GVT mit gut bis sehr gut bewerteten, so lässt sich hier doch mit der gebotenen wissenschaftlichen Vorsicht aufgrund der relativ kleinen Untersuchungsgruppen ein Zusammenhang herstellen, insbesondere was das Zusammenspiel von Ärzten und Physiotherapeuten betrifft. Waren die Physiotherapeuten bereits aufgrund der Fragebögen über das Ergebnis der Eingangsuntersuchung informiert, konnten sie ihre Therapie gezielter darauf abstimmen. Generell ist zu erinnern, dass das GVT selten als Einzelmaßnahme verordnet wurde, sondern häufig im Kontext vorhergehender und/oder begleitender Therapien wie der Verordnung von Medikamenten oder Beckenbodentraining stand. Daran wird ersichtlich, dass hier ein sensibles und gut aufeinander abgestimmtes Zusammenwirken von Ärzten und Therapeuten, wie es das verbesserte QMS bewirkt hat, auch zu einem besseren Therapieerfolg führt.

Denkbar wäre auch ein psychologischer Effekt: die Patientinnen fühlten sich in der Klinik gut aufgehoben (Aspekt der Patientenzufriedenheit), sodass sie das GVT-Training motivierter und konzentrierter durchführten. Bereits Black et al. (1991) beschrieben diese Problematik und forderten einen stärkeren Fokus auf die Patientenzufriedenheit. Wenn diese verstärkt bedacht würde, könnten die subjektiven Therapieergebnisse höher ausfallen, bei gleich bleibenden objektiven Therapieergebnissen.

Mit letzter Sicherheit kann dieser kausale Zusammenhang auf der Grundlage der zurückgesandten Fragebögen nicht beantwortet werden, zumal der Fokus dieses Projektes sich primär auf die Verbesserungen im QM eines Krankenhauses richtete. Anzuregen wäre deshalb eine weitere Untersuchung, welche den Schwerpunkt gezielt auf den Bezug zwischen einem möglichst reibungslos funktionierenden QM einer Klinik und dem Erfolg einer medizinischen Therapie legt.

5. Zusammenfassung

Das Einführen eines Qualitätsmanagements (QM) in der niedergelassenen Arzt- und Zahnarztpraxis ist seit 2009 Pflicht. Den wichtigsten Grundstein für das Qualitätsmanagement entwickelte Deming ursprünglich in der Wirtschaft mit dem PDCA-Zyklus (Glauser 2005). Ein solcher Zyklus wurde nun eingesetzt, um das QM der urogynäkologischen Abteilung der Frauenklinik in der Georg-August-Universitätsklinik am Beispiel des Galileo-Vibrationstrainings (GVT) zu verbessern. Die Frage stellte sich, ob das bereits in zwei Studien als bewährt erprobte GVT zur konservativen Therapie der weiblichen Stressharninkontinenz sich im Klinikalltag bewährt. Mit Hilfe eines modifizierten PDCA-Zyklus wurde das GVT etabliert, die Arbeitsabläufe im Zusammenspiel von Ärzten, Pflegepersonal, Physiotherapie und Verwaltung in der urogynäkologischen Abteilung der Frauenklinik Göttingen optimiert und die Therapiequalität gesichert. Eine Erfolgskontrolle des GVT und des QM gelang durch ein patientenorientiertes Beschwerdemanagement und durch wiederholtes Messen der Patientenzufriedenheit mittels Fragebögen. Um eine Vergleichbarkeit der Therapiequalität zwischen Studienbedingungen und Klinikalltag zu schaffen, wurden die Studienteilnehmerinnen der beiden oben genannten Galileo-Studien ebenfalls befragt.

Die Untersuchung auf der urogynäkologischen Station der Frauenklinik Göttingen erfolgte innerhalb von zwei Jahren, in der 46 Frauen ein Galileo-Vibrationstraining verordnet bekamen. Zu Beginn der Einführung des Qualitätsmanagements zeigte sich eine niedrigere Patientenzufriedenheit als zunächst erwartet. Die Analyse ergab Schwachstellen u.a. in der Informationsweiterleitung der ärztlichen Befunde aus den Eingangsuntersuchungen an die Physiotherapie, in der Informationsweitergabe der Physiotherapie nach Abschluss des GVT an den Arzt für die Abschlussuntersuchung sowie in der Weitergabe der Untersuchungen an die Verwaltung zwecks Abrechnung von IGeL-Leistungen. Die Konsequenz daraus war eine Optimierung der Schnittstellen zwischen den Abteilungen (Verwaltung/ärztliche Untersuchung; Pflegepersonal/Ärzte; Ärzte/Physiotherapie; Physiotherapie/Verwaltung; Verwaltung/Pflegepersonal). Diese Maßnahmen führten insgesamt zu einer deutlichen Steigerung von 45% auf 88% der erfüllten Erwartungen an die Therapie. Dies übertrifft die Ergebnisse, welche unter Studienbedingungen erzielt wurden (73% /82%).

Ein weiterer Maßstab für die Zufriedenheit in Bezug auf den Aspekt des Therapieerfolgs war der Leidensdruck. Eingangs hatten nur 14% keinen Leidensdruck. Nach Abschluss des GVT stieg die Menge der Frauen ohne Leidensdruck auf 67%. Insgesamt konnten die Zufriedenheitswerte der Patientinnen aus dem Klinikalltag durch das von uns entwickelte QM deutlich den Zufriedenheitswerten unter Studienbedingungen angenähert werden.

6. Literaturverzeichnis

- Abdel-fattah M, Barrington JW, Youssef M (2004): The standard 1-hour pad test: does it have any value in clinical practice. *Eur Urol* 46 (3), 377-80
- Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, Van Kerrebroeck P, Victor A, Wein A (2003): The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Urology* 61 (1), 37-49
- Aust B: Zufriedene Patienten? Eine kritische Diskussion von Zufriedenheitsuntersuchungen in der gesundheitlichen Versorgung. WZB Berlin 1994
- AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) der Bundesärztekammer: Curriculum Ärztliches Qualitätsmanagement. 4. überarbeitete Aufl., hrsg. v. der Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), o.Verl.; Berlin/ Düsseldorf 2007
- Badia Llach X, Castro Diaz D, Conejero Sugranes J (2000): Validity of the King's Health questionnaire in the assessment of quality of life of patients with urinary incontinence. The King's Group. *Med Clin (Barc.)* 114 (17), 647-52
- Balmforth J und Cardozo LD (2003): Trends Towards Less invasive Treatment of Female Stress Urinary Incontinence. *Urology* 62 (4A), 52-60
- Bangha E, Fritze B, Yaguboglu R, Amon U (1999): Qualitätsmanagement im deutschen Gesundheitswesen. *Der Hautarzt* 50 (5), 330-337
- Bjelic-Radisic V, Dorfer M, Tamussino K, Greimel E (2005): Psychometric properties and validation of the German-language King's Health Questionnaire in women with stress urinary incontinence. *Neurourol Urodyn* 24 (1), 63-8
- Black N, Petticrew M, Ginzler M, Flood A, Smith J, Williams G, Davies J, Doll H, McPherson (1991): Do doctors and patients agree? *Int J Technol Assess Health Care* 7 (4), 533-44
- Blum, K: Patientenbefragung als Instrument zur Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren im Krankenhaus. Band1: Schriftenreihe/Wissenschaft und Praxis der Krankenhausökonomie. hrsg v. Deutsches Krankenhausinstitut e.V.; Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH, Düsseldorf 1995
- Bo K (2004): Urinary incontinence, pelvic floor dysfunction, exercise and sport. *Sports Med* 34 (7), 451-64
- Bo K, Talseth T, Vinsnes A (2000): Randomized controlled trial on the effect of pelvic floor muscle training on quality of Life and sexual problems in genuine stress incontinent woman. *Acta Obstet Gynecol Scand* 79, 598-603
- Büchi S, Buddeberg C, Klaghofer R, Russi EW, Brändli O, Schlösser C, Stoll T, Villiger PM, Sensky T (2002): Preliminary validation of PRISM (Pictorial Representation of Illness and self Measure)- a brief method to assess suffering. *Psychother Psychosom* 71 (6), 333-41
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (o. Verf.): Zeitdruck in der Pflege reduzieren- Handlungshilfen für die Pflegepraxis. Für eine neue Qualität der Arbeit in der

Pflege, hrsg. v. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2. Aufl., o. Verl. Dortmund 2010

- Bundesanzeiger Nr. 245 (S. 7463) vom 30. Dezember 2006, weblink:
http://www.bundesanzeiger-verlag.de/old/banz/banzinha/BAnz_58_245.htm; eingesehen am 26.07.2012
- Bundesanzeiger Nr. 248 (S. 17 329) vom 31. Dezember 2005, weblink: http://www.g-ba.de/downloads/62-492-3/RL_QM-Vertragsarzt-2005-10-18.pdf; eingesehen am 28.04.2012
- Christofi N und Hextall A (2005): Which procedure for incontinence? *J Br Menopause Soc* 11 (1), 23-7
- Clausen G, Borchelt M, Janssen C, Loos S, Mull L, Pfaff H (2006): Patient satisfaction and geriatric care- an empirical study. *Z Gerontol Geriatr* 39 (1), 48-56
- Clayson D, Wild D, Doll H, Keating K, Gondek K (2005): Validation of patient-administered questionnaire to measure the severity and bothersomeness of lower urinary tract symptoms in uncomplicated urinary tract infection (UTI): the UTI Symptom Assessment questionnaire. *BJU Int* 96 (3), 350-9
- Clayton PS, Stoelwinder JU (1978): Hospital Organization Development: Changing the focus from "Better Management" to "Better Patient Care". *J Appl Behav Sci* 14 (3), 400-414
- Delbanco TL, Gerteis M, Edgman-Levitan S, Walker JD: Messen und Verbessern der Qualität der medizinischen Versorgung durch Sammlung von Patientenerfahrungen. In: *Evaluation qualitätssichernder Maßnahmen in der Medizin*, hrsg. v. Selbmann HK; Bleicher Verlag, Gerlingen 1995, 232-252
- DIN 55350-11: 2008-11 (D): Begriffe zum Qualitätsmanagement- Teil 11: Ergänzung zu DIN EN ISO 9000:2005; o. Hrsg.; Beuth-Verlag, Berlin 2008
- Donabedian A (2005): Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Q* 83 (4), 691-729
- Eichhorn S: Krankenhausmanagement im Spannungsfeld zwischen Kundenorientierung und Mitarbeiterorientierung. In: *Krankenhausmanagement im Spannungsfeld zwischen Kundenorientierung und Mitarbeiterorientierung- Führungsaspekte des TQM* (Band 15: Osnabrücker Studien des wirtschafts- und sozialwissenschaftlichen Arbeitskreises Osnabrück), hrsg. v. Barthel E, Eichhorn S, Helbig W et al.; o. Verl., Osnabrück 1996, 126-127
- Espuña Pons M, Castro Diaz D, Carbonell C, Dilla T (2007): Comparison between the "ICIQ-UI Short Form" Questionnaire and the "King's Health Questionnaire" as assessment tools of urinary incontinence among women. *Actas Urol Esp* 31 (5), 502-10
- Friedel G, Toomes H (1997): Leitlinien zur Qualitätssicherung beim Bronchialkarzinom. *Langenbecks Arch Chir Suppl Kongressbd* 114, 233-239
- Fultz NH, Burgio K, Diokno AC, Kinchen KS, Obenchain R, Bump RC (2003). Burden of stress urinary incontinence for community-dwelling women. *Am J Obstet Gynecol* 189, 1275-1282

- Gasquet I, Tcherny-Lessenot S, Gaudebont P, Bosio La Goux B, Klein P, Haab F (2006): Influence of the severity of stress urinary incontinence on quality of life, health care seeking and treatment: A national cross-sectional survey. *Eur Urol* 50 (4), 818-25
- Gaudenz R (1979). A questionnaire with a new urge-score and stress-score for the evaluation of female urinary incontinence (author's transl). *Geburtshilfe Frauenheilkd* 39 (9), 784-92
- Glauser EC: Qualität: Quo Vadis? Aus: ThinkDifferent. Zusammenstellung der deutschsprachigen Beiträge aus der Revision der Deming Webseite vom 1. April 2005; hrsg. v. The Swiss Deming Institute, weblink: www.deming.ch; eingesehen am 26.07.2012
- Glazer HI und Laine CD (2006): Pelvic floor muscle biofeedback in the treatment of urinary incontinence: a literature review. *Appl Psychophysiol Biofeedback* 31 (3), 187-201
- Gombeski WR jr., Miller PJ, Hahn JH, Gillette CM, Belinson JL, Bravo LN, Curry PS (1993): Patient Callback Program: A Quality Improvement, Customer Service and Marketing Tool. *J Health Care Mark* 13 (3), 60-5.
- Graf V, Riemann JF (1997): Von der Qualitätssicherung zum Qualitätsmanagement. *Gesundh Ökon Qual Manag* 2, 126-131
- Groutz A, Blaivas JG, Chaikin DC, Resnick NM, Englemann K, Anzalone D, Bryzinski B, Wein AJ (2000): Noninvasive outcome measures of urinary incontinence and lower urinary tract symptoms: a multicenter study of micturition diary and pad test. *J Urol* 164, 698-701
- Gummesson E, Kingman-Brundage J: Service Design and Quality: Applying Service Blueprinting and Service Mapping to Railroad Services. In: *Quality Management in Services*. hrsg. v. Kunst P, Lemmink J; Assen/ Maastricht 1992, 101-114
- Gunthorpe W, Brown W, Redman S (2000): The development and evaluation of an incontinence screening questionnaire for female primary care. *Neurourol Urodyn* 19 (5), 595-607
- Helms RL, O'Hea EL, Corso M (2008): Body image issues in women with breast cancer. *Psychol Health Med* 13 (3), 313-25
- Hills R und Kitchen S (2007): Toward a theory of patient satisfaction with physiotherapy: Exploring the concept of satisfaction. *Physiother Theory Pract* 23 (5), 243-254
- Holzgreve H (2007): Schlechte Compliance ist tödlich; *MMW Fortschr Med* 5, 22
- Huber JP, Saldutto B, Hürny C, Conzelmann M, Beutler M, Fusek M, Münzer T (2008): Assessment of patient satisfaction in geriatric hospitals: a methodological pilot study. *Z Gerontol Geriatr* 41 (2), 124-31
- Jackson S, Donovan J, Brookes S, Eckford S, Swithinbank L, Abrams P (1996): The Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms questionnaire: development and psychometric testing. *Br J Urol* 77 (6), 805-812
- Johnson K, Hallsey D, Meredith RL, Warden E (2006): A nurse-driven system for improving patient quality outcomes. *J Nurs Care Qual* 21 (2), 168-75

- Keim-Meermann B, Assmann G, Ratschko KW: Die Medizinische Fachangestellte-Qualitätsmanagement einführen leicht gemacht. Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Hannover 2006, 1-29
- Kelleher CJ, Cardozo LD, Khullar V und Salvatore S (1997): A questionnaire to assess the QoL of urinary incontinent woman. *Br J Obstet Gynecol* 104 (12), 1374-9
- Khan MS, Chaliha C, Leskova L, Khullar V (2004): The relationship between urinary symptom questionnaires and urodynamic diagnosis: an analysis of two methods of questionnaire administration. *BJOG* 111, 468-474
- Klotz T, Zumbe J, Velmans R, Engelmann U (1996): Die Bestimmung der Patientenzufriedenheit als Teil des Qualitätsmanagements im Krankenhaus. *Dtsch Med Wochenschr* 121, 889-895
- Koch R: Das 80/20-Prinzip. Mehr Erfolg mit weniger Aufwand. Campus Verlag, Frankfurt a. Main/ New York 2004
- Laurila J, Standertskjöld-Nordenstam CG, Suramo I, Tolppanen EM, Tervonen O, Korhola O, Bromels M (2001): The efficacy of a continuous quality improvement (CQI) method in a radiological department. Comparison with non-CQI control material. *Acta Radiol* 42 (1), 96-100
- Leimkühler AM, Müller U (1996): Patient satisfaction- artefact or social reality? *Nervenarzt* 67 (9), 765-73
- Manke S: Vibrationstraining mittels Galileo 2000 in Kombination mit funktioneller Beckenbodengymnastik zur Behandlung der weiblichen Belastungsinkontinenz- eine prospektiv-randomisierte Vergleichsstudie. Med. Diss. Göttingen 2009
- Mariappan P, Ballantyne Z, N'Dow JW und Alhasso AA (2009): Serotonin and noradrenalin reuptake inhibitors (SNRI) for stress urinary incontinence in adults. *Cochrane Database Syst Rev* (3), CD004742
- Miller YD, Brown WJ, Russell A, Chiarelli P (2003): Urinary incontinence across the lifespan. *NeuroUrol Urodyn* 22, 550-557
- Nishihira Y, Iwasaki T, Hatt A, Wasaka T, Kaneda T, Kuroiwa K, Akiyama S, Kida T, Ryol KS (2002): Effect of Whole Body Vibration Stimulus and Voluntary Contraction on Motoneuron Pool. *Adv Exerc Sports Physiol* 8 (4), 83-86
- Obermann K und Müller P (2010): Qualitätsmanagement und Patientensicherheit in der ärztlichen Praxis 2010. Eine deutschlandweite Befragung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte, weblink: http://www.stiftung-gesundheit.de/PDF/studien/Studie_QM_2010.pdf; eingesehen am 25.04.2012
- Oelke M: Anamnese und klinische Untersuchungen. In: Praxisratgeber Harninkontinenz. hrgs.v. Höfner K, Jonas U et al.; 1. Aufl., UNI-MED Verlag AG, Bremen London Boston 2000, 65-79
- Oh SJ, Ku JH (2007): Comparison of three disease-specific quality-of-life questionnaires (Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms, Incontinence Quality of Life and King's Health Questionnaire) in women with stress urinary incontinence. *Scand J Urol Nephrol* 41 (1), 66-71

- Price N, Jackson SR, Avery K, Brookes ST, Abrams P (2006): Development and psychometric evaluation of the ICIQ Vaginal Symptoms Questionnaire: the ICIQ-VS. *BJOG* 113, 700-712
- Quick B, Nordstrom S, Johnson K (2006): Using continuous quality improvement to implement evidence-based medicine. *Lippincotts Case Manag* 11 (6), 305-15
- Raspe H: Aufklärung und Information im Krankenhaus, Beihefte zur Zeitschrift: Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik (Beiträge zur Sozialpsychologie und sozialen Praxis, Heft 17), o. Verl., Göttingen 1983
- Reibnitz Cv, Güntert B (1996): Was bedeutet Zufriedenheit aus Sicht des Patienten? *Führen & Wirtschaften im Krankenhaus* 3 (13), 260-265
- Richter K: Pathologie der Stressinkontinenz und die anatomischen Möglichkeiten ihrer chirurgischen Behandlung. In: *Gynäkologische Urologie*; 2. Aufl.; hrsg. v. Petri E; Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1996, 221-236
- Riegel T (1997): Qualitätssicherung im Krankenhaus aus Sicht der Kostenträger. *Das Krankenhaus* 12, 725-727
- Rittweger J (2010): Vibration as an exercise modality: how it may work, and what its potential might be. *Eur J Appl Physiol* 108 (5), 877-904
- Roche Lexikon Medizin (Verf.), Hoffmann-La Roche AG und Urban & Fischer; 4. Auflage, München Stuttgart Jena Lübeck Ulm 1998, s.v. Qualitätssicherung, S. 1404
- Röhrig B, du Prel J-B, Wachtlin D, Blettner M (2009): Studientypen in der medizinischen Forschung: Teil 3 der Serie zur Bewertung wissenschaftlicher Publikationen. *Dtsch Arztebl Int* 106 (15), 262-8
- Selbmann HK (1995): Blick und Ausblick auf das Qualitätsmanagement im Krankenhaus. *Krankenhaus-Umschau* 64 (3), 2-5
- Selbmann HK (2001): Externe Qualitätssicherung in Deutschland. Der aktuelle Stand. *Med Klin (Munich)* 96, 754-9
- Selbmann HK (2007): Hohe Qualität und restriktive Ressourcen-ein Widerspruch? *Z Arztl Fortbild Qualitatss* 101 (6), 391-396
- Shaw C, Matthews RJ, Perry SI, Assassa RP, Williams K, McGrother C, Dallosso H, Jagger C, Mayne C, Clarke M; Leicestershire MRC Incontinence Study Team (2002): Validity and reliability of an interviewer-administered questionnaire to measure the severity of lower urinary tract symptoms of storage abnormality: the Leicester Urinary Symptom Questionnaire. *BJUInt* 90 (3), 205-215
- Skala C, Hanf V, Emons G, Viereck V (2003): Urodynamische Funktionsdiagnostik heute. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 63, 1-6
- Slatkovska L, Alibhai SM, Beyene J, Cheung AM (2010): Effect of whole-body vibration on BMD: a systematic review and meta-analysis. *Osteoporos Int* 21 (12), 1969-80
- Snow SL, Panton RL, Butler LJ, Wilke DR, Rutledge RD, Bell DG, Rendon RA (2007): Incomplete and Inconsistent Information Provided to Men Making Decisions for Treatment of Early-Stage Prostate Cancer. *Urology* 69 (5), 941-945

- Stauss B: Kundenorientiertes Qualitätsmanagement im Dienstleistungsbereich. In: Krankenhausmanagement im Spannungsfeld zwischen Kundenorientierung und Mitarbeiterorientierung- Führungsaspekte des TQM. (Band 15: Osnabrücker Studien des wirtschafts- und sozialwissenschaftlichen Arbeitskreises Osnabrück), hrgs. v. Barthel E, Eichhorn S, Helbig W et al.; o. Verl., Osnabrück 1996, 29-81
- Tamanini JT, Dambros M, D'Ancona CA, Palma PC, Botega NJ, Rios LA, Gomes CM, Baracat F, Bezerra CA, Netto NR Jr. (2004): Concurrent validity, internal consistency and responsiveness of the Portuguese version of the King's Health Questionnaire in woman after stress urinary incontinence surgery. *Int Braz J Urol* 30 (6), 479-86
- Tanzberger R, Kuhn A, Möbs G: Der Beckenboden- Funktion, Anpassung und Therapie. Das Tanzberger Konzept; Urban & Fischer Verlag, München 2004: 296-308
- Viereck V und Eberhard J (2008): Inkontinenzoperationen. Indikation, Auswahl der Operationsmethode, Operationstechnik, Umgang mit Früh- und Spätkomplikationen. *J Urol Urogynäkol* 15, 7-15
- Viereck V, Rappe N, Krauß T, Heyl W, Emons G (2000): Urogenitales Altern. Reproduktionsmedizin 16, 90-102
- Viereck V, Kociszewski J, Eberhard J (2010): Präoperative urogynäkologische Diagnostik. *J Urol Urogynäkol* 17 (4), 28-35
- Viethen G: Qualität im Krankenhaus- Grundbegriffe und Modelle des Qualitätsmanagements. Schattauer Verlag, Stuttgart New York 1995
- Viethen G, Dombert T, Klinger M, Lachmann S, Bürk C (1997): Ein Trendinstrument zur Erhebung von Patientenzufriedenheit: Die Lübecker Fragebogen-Doppelkarte. *Gesundh ökon Qual manag* 2, 50-53
- von der Heide, S: Klinische Studie über den Einfluss niederfrequenter Schwingungen mittels Galileo 2000 in Kombination mit Physiotherapie zur Behandlung der weiblichen Belastungsinkontinenz. Med. Diss. Göttingen 2007
- Walhalla Fachverlag (o. Verf.): Das gesamte Sozialgesetzbuch SGB I bis SGB XII, 1. Ausgabe; o. Hrgs.; Walhalla und Praetoria Verlag GmbH & Co. KG, Regensburg 2012
- Walter U: Qualitätsentwicklung durch Standardisierung – am Beispiel des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Pub. Health. Diss. Bielefeld 2007
- Weiss P und Zech H (1998): Qualitätsmanagement nach EN ISO 9001 in einem IVF-Institut. *J Fert Repro* 8 (2), 34-40
- www.din.de; Vorstand durch Bahke T; © 2012 DIN Deutsches Institut für Normung e.V, Berlin 2012, s.v. DIN EN ISO 9000, www.efqm.org/en/tabid/108/default.aspx, eingesehen am 25.09.2012
- www.efqm.org, o. A.; © EFQM European Foundation of Quality Management; Brüssel 2008, s.v. About EFQM, www.efqm.org/en/tabid/108/default.aspx, eingesehen am 25.09.2012
- www.iso.org, o. A.; © 2012 ISO/IEC International Organization for Standardization and the International Electrotechnical Commission; Geneva 2012, s.v. privacy and copyright, copyright, www.iso.org/iso/copyright_information_brochure.pdf, eingesehen am 13.07.2010

www.kbv.de, verantwortet durch Köhler A; © KBV kassenärztliche Bundesvereinigung; Berlin 2012, s.v. Qualitätsmanagement, gesetzliche Grundlagen zu Qualitätsmanagement in Praxen, www.kbv.de/themen/qualitaetsmanagement.html, eingesehen am 15.07.2006

www.uni-frauenklinik-goettingen.de, o. A.; Abteilung Gynäkologie und Geburtshilfe der Universitätsmedizin Göttingen; Göttingen 2012, s.v. Beckenbodenzentrum, www.uni-frauenklinik-goettingen.de/, eingesehen am 03.11.2012

7. Anhang

7.1 Erfassungsbogen für die Ist-Analyse


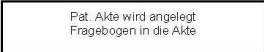
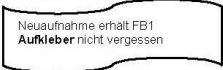

Vorderseite

Erfassungsbogen Ist-Analyse

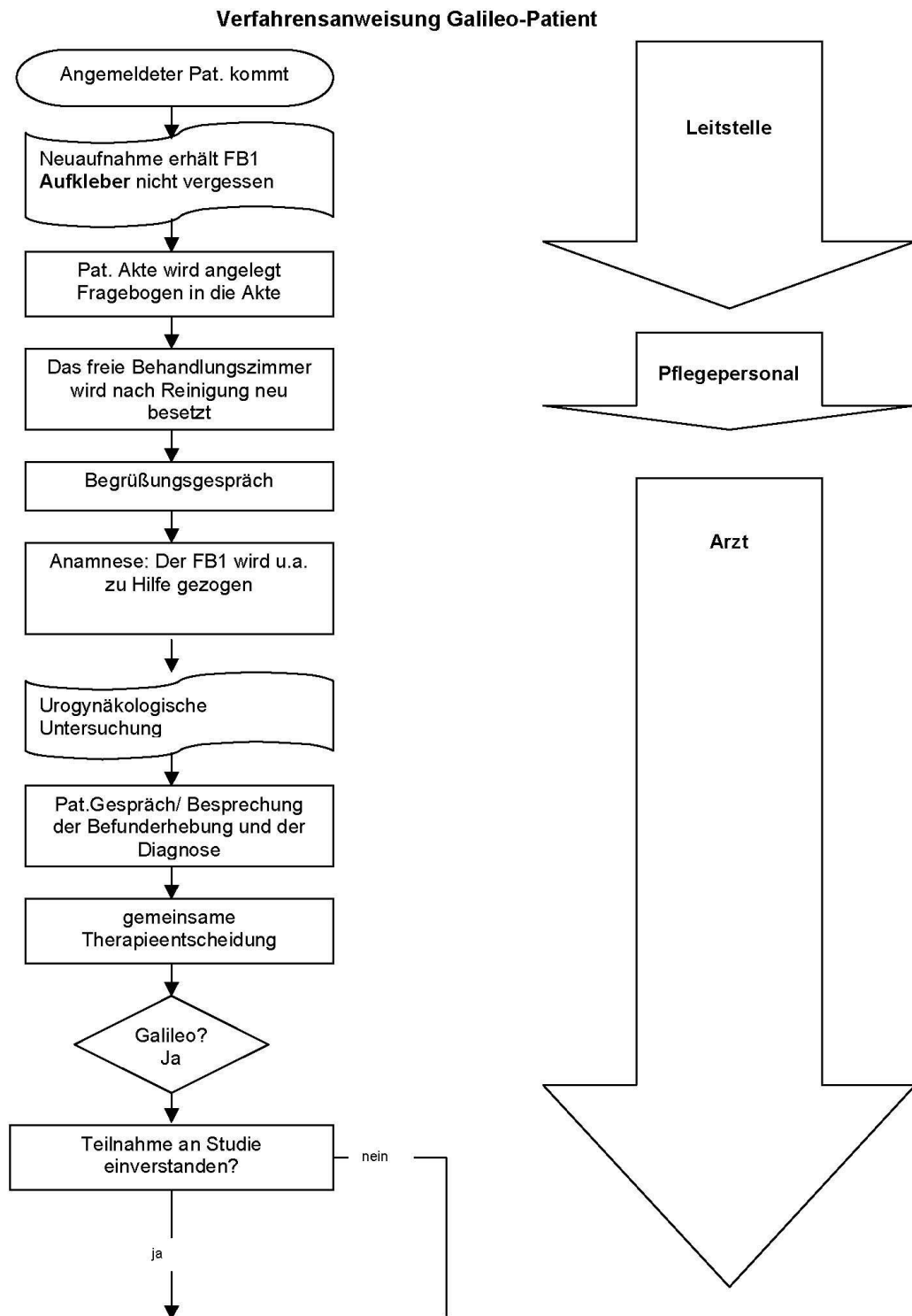
Schnittstelle zur/ zu den Abteilung/en				
Abteilung	Prozessablauf	Verantwortung	Dokumente	Kommentar
Schnittstelle zur/ zu den Abteilung/en				

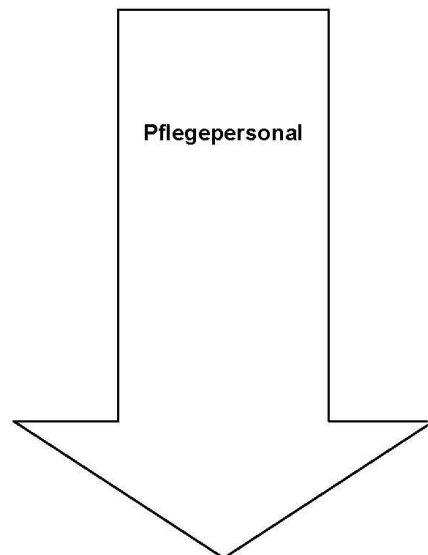
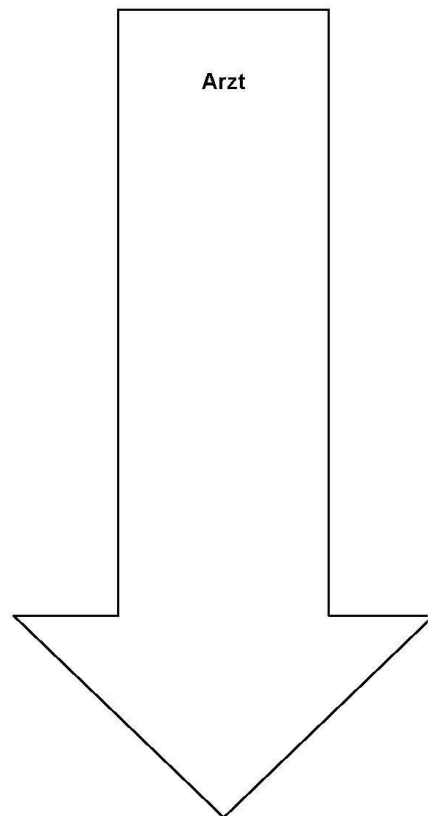
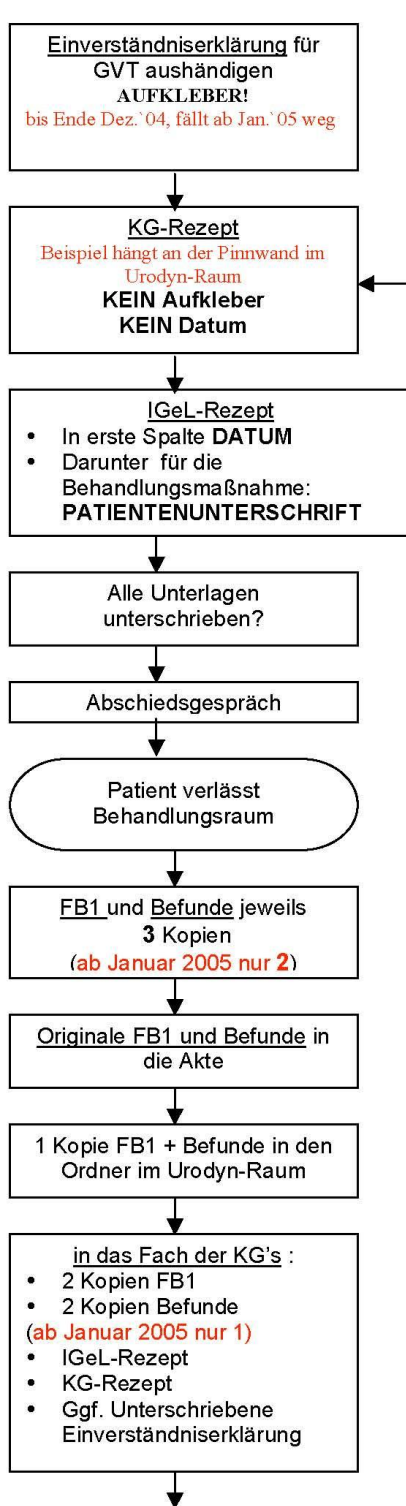
Erstellt und freigegeben	Name	Datum	Unterschrift

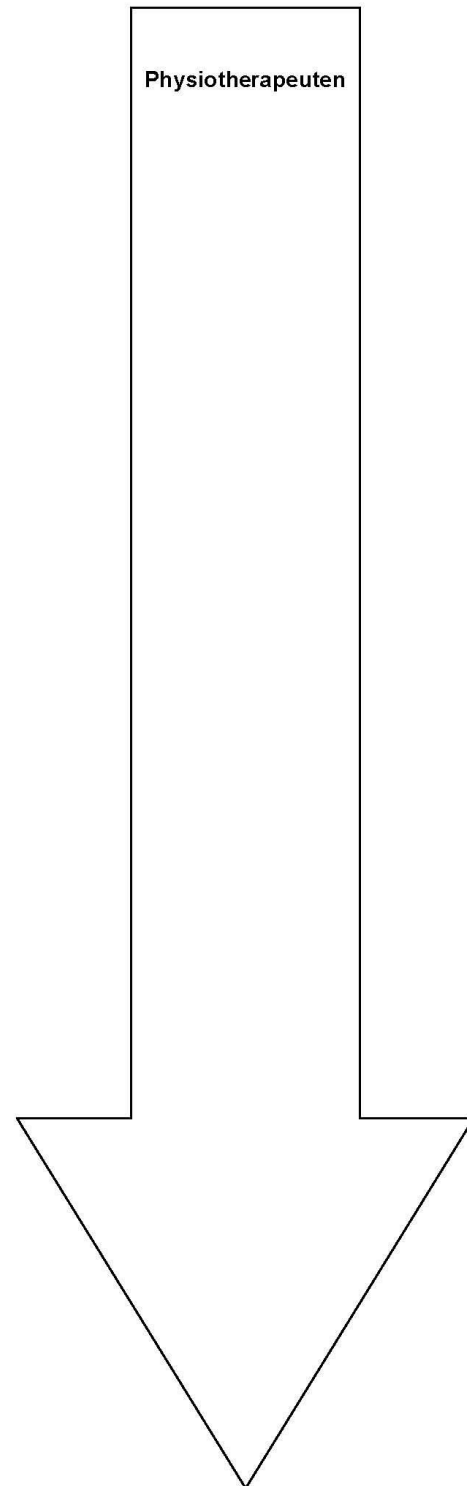
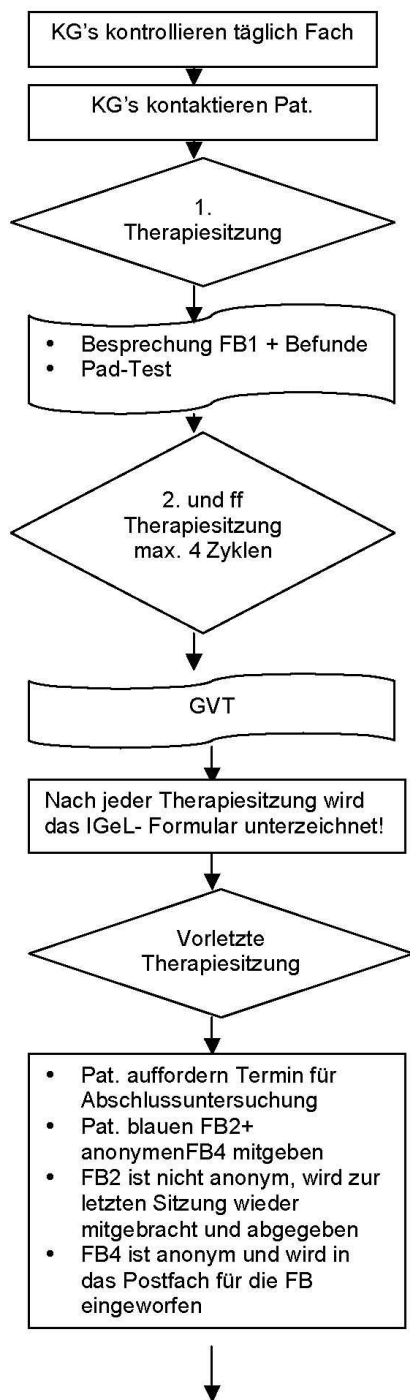
Rückseite

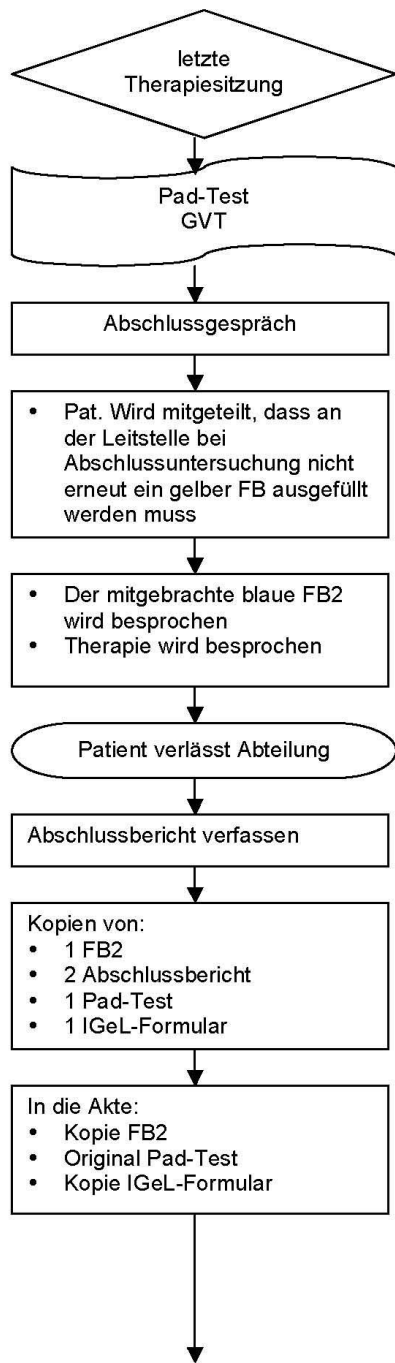
Symbole für Flussdiagramm zur Darstellung des Prozessablaufs	
	Oval= Kontroll-und Prüfpunkte
	Rechteck= Tätigkeit
	Schriftstücksymbol= Tätigkeit über die Aufzeichnungen geführt werden
	Rhombus = Entscheidungen

7.2 Verfahrensanweisung Galileo-Patient







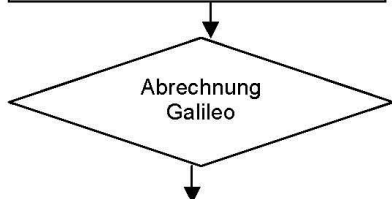


Physiotherapeuten



Diese Unterlagen gehören in den schwarzen Ordner im Vorzimmer des Urodyn-Raumes alphabetisch einsortiert:

- IGeL-Formular (alle Unterschriften)
- FB2 (Original)
- Pad-Test (Kopie)
- Abschlussbericht der KG's für Ärzte (2 Kopien)



Abrechnung Galileo

Abschlussuntersuchung erfolgt?

Wöchentliche Kontrollen Vorraum Urodyn schwarzer Ordner:
spätestens nach 8 Wochen

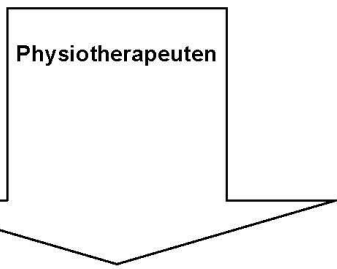
Sonst wird das Training nicht abgerechnet und die Physiotherapie bekommt ihr Geld nicht!

|
nein

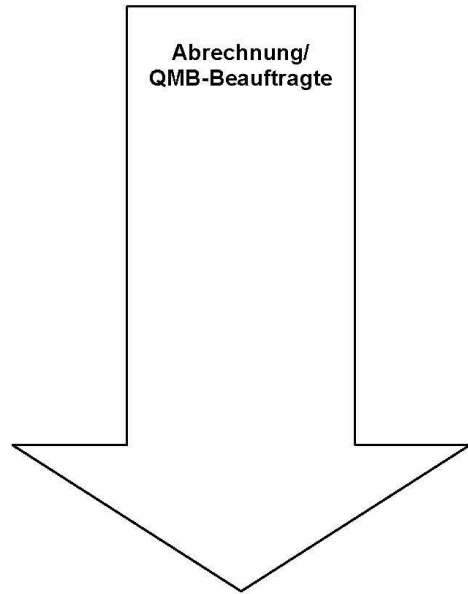
2. Durchschlag des IGeL-Formulars wird in die Abrechnung geschickt, der 1. Durchschlag und das Original kommen in die Akte.

QMB benötigt für Dokumentation:

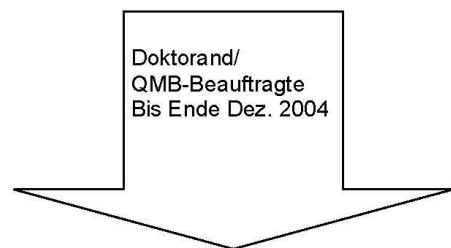
- Kopie Befunde
- Kopie gelber FB1
- Einverständniserklärung
- Kopie Abschlussbericht KG
- Kopie FB2
- Anonyme FB4 aus Briefkasten



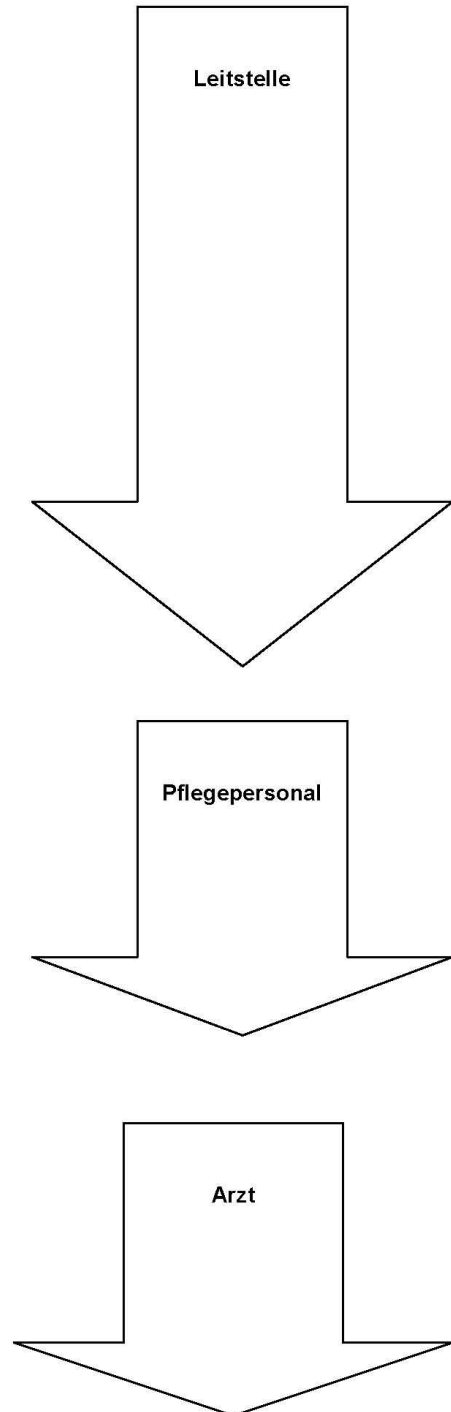
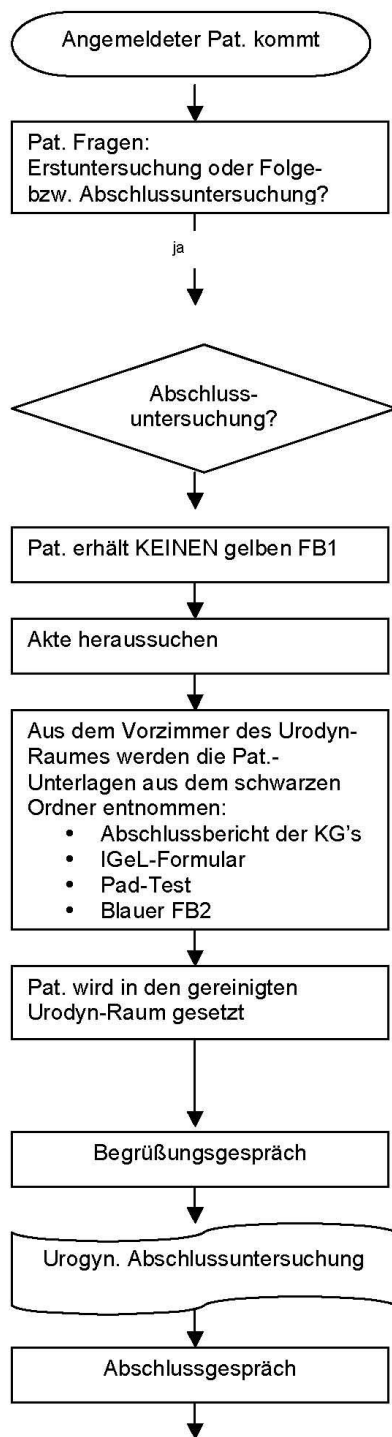
Physiotherapeuten

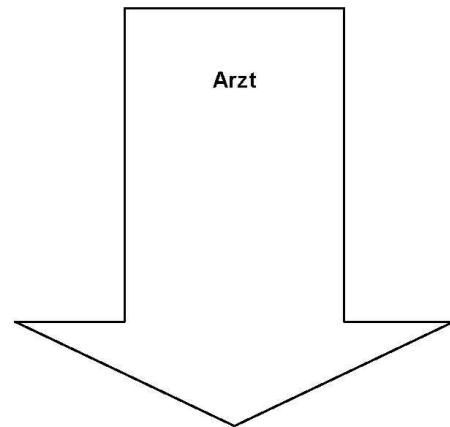
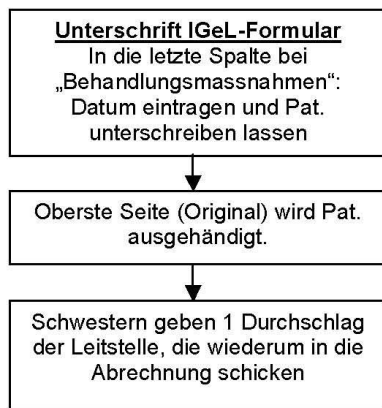


Abrechnung/
QMB-Beauftragte



Doktorand/
QMB-Beauftragte
Bis Ende Dez. 2004





7.3 Deckblatt für die Fragebögen 2 und 3

Georg-August-Universität Göttingen

Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe

Direktor: Prof. Dr. G. Emons

Universitäts-Frauenklinik, Postfach 3742 / 43, 37070 Göttingen



Datum:

Name
geb.
bitte Aufkleber verwenden
Tel.: _____

Endbefragung

Sehr geehrte Patientin,

Wir bedanken uns hiermit ganz herzlich, dass Sie uns Ihr Vertrauen geschenkt haben und hoffen, dass die Therapie Ihnen geholfen hat. Um den Erfolg unseres Behandlungskonzeptes (mit Hilfe des Galileo-Vibrationstrainings) beurteilen und weiter optimieren zu können, bitten wir Sie um eine abschließende Beurteilung Ihrer jetzigen Situation.

Zusätzlich haben Sie die Möglichkeit, einen anonymen Fragebogen zur Beurteilung Ihrer Zufriedenheit mit der erfolgten Behandlung auszufüllen. Ihre vertraulichen Antworten können Sie uns mittels beiliegendem Briefumschlag zusenden oder auch an der Leitstelle der Frauenklinik (Ebene 4) abgeben.

Mit freundlichen Grüßen

OA Dr. med. V. Viereck

7.4 Fragebogen 1

Urogynäkologie FB1

Allgemeine Anamnese

1. Was ist der Grund für Ihr Kommen und wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

2. Wie würden Sie zurzeit Ihren allgemeinen Gesundheitszustand beschreiben?

bitte ankreuzen:

sehr gut gut mittel-mäßig schlecht sehr schlecht

3. Operationen im Unterbauch:

keine ja, welche:

4. sonstige Krankheiten/ Beschwerden/ Operationen:

keine
 Diabetes mellitus
 Wirbelsäulenleiden
 Allergien, welche: Sonstiges:

5. Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein:
 keine ja, welche:

Gynäkologische und Geburtshilfliche Anamnese

6. Anzahl der Geburten: |_|_|

7. Besonderheiten bei Geburt?

keine
 Kaiserschnitt
 Saugglocke
 Zangengeburt
 Sonstiges:

8. Hatten Sie jemals nach einer Geburt/ Geburten Wochenbettgymnastik/ Rückbildungsgymnastik?

nein ja

Inkontinenzanamnese

9. In welchem Jahr trat zum ersten Mal Ihre Harninkontinenz auf?

|_|_|_|_|

10. Wie häufig verspüren Sie in einer für Sie typischen Woche einen ungewollten Urinverlust?

mehr als 1x pro Tag
 mehrmals pro Woche
 seltener

11. Wie oft suchen Sie durchschnittlich eine Toilette auf?

|_|_| pro Tag
|_|_| pro Nacht

12. Wieviel Liter trinken Sie am Tag und was?

a. Ca. |_|_| Liter pro Tag ,
b. davon
• ca. |_|_| Tassen Kaffee / Tee
• ca. |_|_| Liter Mineralwasser oder Ähnliches
c. kann ich nicht genau angeben

13. Verwenden Sie einen Wäscheschutz?

nein
 ja Silpeinlagen Binden
ca. |_|_| pro Tag ca. |_|_| pro Tag

14. Wie hoch schätzen Sie Ihre Harninkontinenz bedingten Kosten pro Monat?

ca. |_|_| € pro Monat

Urogynäkologie

15. Wie häufig/ stark ist Ihr Urinverlust bei folgenden Tätigkeiten/ Situationen?

Situation	Urinverlust					
	Häufigkeit			Menge		
	noch nie	gelegentlich	immer	Tropfen	Spritzer	Strahl
Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lachen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Springen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinsetzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Gibt es noch weitere Situationen, bei denen es zu ungewolltem Harnverlust kommt?
 nein ja, bei:

17. a. Welche Therapien haben Sie bereits versucht?
 keine
 Hormone
 Elektrostimulation
 Beckenbodengymnastik
 Inkontinenzoperation
 Sonstiges:

b. Falls ja, wurden damit Besserungen erzielt?

bitte ankreuzen:
 sehr mittel- ein
 gute gute mäßig wenig nein

18. Leiden Sie unter Ihrem unwillkürlichen Harnverlust?

bitte ankreuzen:
 sehr mittel- ein
 stark stark mäßig wenig nein

19. Ist Ihr Leidensdruck durch die Harninkontinenz so groß, dass Sie sich bei einer weiterhin unveränderten Situation operieren lassen würden?
 nein ja

20. In welchen Situationen fühlen Sie sich besonders beeinträchtigt?

(z.B. Alltag, Sport, gesellschaftliches Leben, Berufsleben, Partnerschaft, Freundschaft, beim Einkauf, Restaurantbesuche, etc.):

21. a. Beeinträchtigt Ihr Blasenproblem

	keine Angaben	es beeinträchtigt nicht	ein wenig	mäßig	sehr
Ihr Selbstwertgefühl?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihr Familienleben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihre Beziehung zu Ihrem Partner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihr Sexualleben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b. Sind Sie wegen Ihres Blasenproblems

deprimiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ängstlich oder nervös?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Welche Erwartungen haben Sie an eine Therapie bezogen auf Ihre Beschwerden?

Urogynäkologie

23. Harninkontinenz und Senkungsbeschwerden

	Nein	Ja		Wenn ja, wie stark		
DIFFERENZIERUNG der Harninkontinenz		gelegentlich	dauerhaft	ein wenig	mäßig	sehr
Ich leide unter starkem Harndrang, der schwer zu kontrollieren ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich leide unter starkem Harndrang, verbunden mit unkontrollierbarem Harnabgang.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich leide unter dem Zwang, häufig auf Toilette gehen zu müssen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich leide nachts unter Harndrang und muss aufstehen, um Wasser zu lassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich leide unter unwillkürlichem Harnabgang bei körperlicher Aktivität (z.B. Husten, Niesen, Laufen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich leide unter unwillkürlichem Harnabgang beim Geschlechtsverkehr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich leide unter häufigen Harnwegsentzündungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich leide unter Senkungsbeschwerden (Druck auf die Blase, z.B. durch die Gebärmutter, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Schwierigkeiten beim Wasserlassen (z.B. Harn kommt tropfenförmig, Harn kommt verzögert und ähnliches).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird Ihr Harnverlust durch seelische Belastungen beeinflusst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welcher Art? (z.B. Stress, Ängste, etc.)		
Sonstiges?						

7.5 Fragebogen 2

Urogynäkologie (Endbefragung FB2)

Allgemeine Veränderungen

1. Wie würden Sie zurzeit Ihren allgemeinen Gesundheitszustand beschreiben?

bitte ankreuzen:

sehr gut	gut	mittel- mäßig	schlecht	sehr schlecht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Nehmen Sie Medikamente seit Beginn der Behandlung?

keine ja, welche:

3. Sind Krankheiten/ Beschwerden/ Operationen seit Beginn der Behandlung aufgetreten?

keine ja, welche:

4. Sind in der letzten Zeit gute oder schlechte Veränderungen („Nebenwirkungen“) aufgetreten?

(z.B. *Krampfadern, Senkungsbeschwerden, Atmung, Kreislauf, Darmaktivität...etc.*)

gute Veränderungen:

schlechte Veränderungen:

Veränderungen der Inkontinenz nach Abschluß der Therapie

5. Wie häufig verspüren Sie jetzt noch einen ungewollten Urinverlust?
 keinen ca. _____ pro Woche

6. Können Sie auftretenden Harndrang gut aufschieben / unterdrücken/ hinauszögern?

bitte ankreuzen:

sehr gut	gut	mittel- mäßig	schlecht	sehr schlecht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Wie oft suchen Sie nach Abschluß der Behandlung durchschnittlich eine Toilette auf?
_____ pro Tag
_____ pro Nacht

8. Haben sich Ihre Trinkgewohnheiten seit der Behandlung verändert?
(z.B. *Menge, Art der Getränke, Verteilung am Tag*)

nein ja

wenn ja, inwiefern?

9. Wieviel Liter trinken Sie am Tag und was?

a. Ca. _____ Liter pro Tag,

b. davon

- ca. _____ Tassen Kaffee / Tee
- ca. _____ Liter Mineralwasser und/ oder Ähnliches

c. kann ich nicht genau angeben

10. Verwenden Sie einen Wäscheschutz?

nein

ja Slipenlagen Binden

_____ pro Tag _____ pro Tag

11. Wie hoch sind die durch Ihre Harninkontinenz bedingten Kosten schätzungsweise pro Monat?

ca. _____ € pro Monat

Urogynäkologie (Endbefragung FB2)

12. Wie häufig/ stark ist Ihr Urinverlust bei nachfolgenden Tätigkeiten/ Situationen?

Situation	Urinverlust					
	Häufigkeit			Menge		
	nie	gelegentlich	immer	Tropfen	Spritzer	Strahl
Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lachen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Springen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinsetzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anmerkungen:

13. Wie schätzen Sie Ihre Fähigkeit ein, Ihre Beckenbodenmuskulatur einzusetzen (z.B. anspannen)?

bitte ankreuzen:
 sehr gut gut mittel-mäßig schlecht sehr schlecht

14.

a. Beeinträchtigt Ihr Blasenproblem

	keine Angaben	beeinträchtigt nicht	ein wenig	mäßig	sehr
Ihr Selbstwertgefühl?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihr Familienleben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihre Beziehung zu Ihrem Partner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihr Sexualleben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b. Sind Sie wegen Ihres Blasenproblems

deprimiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ängstlich oder nervös?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Patientenzufriedenheit

15. Wurden mit der Therapie Besserungen erzielt?

bitte ankreuzen:
 sehr gute gute mittel-mäßig ein wenig nein

16. Wie fühlen Sie sich mit dem Therapieergebnis?

bitte ankreuzen:
 sehr gut gut mittel-mäßig schlecht sehr schlecht

Anmerkungen:

17. Leiden Sie unter Ihrem unwillkürlichen Harnverlust?

bitte ankreuzen:
 sehr stark stark mittel-mäßig ein wenig nein

18. Ist Ihr aktueller Leidensdruck so groß, dass Sie sich bei einer nun gleich bleibenden Situation operieren lassen würden?
 nein ja

19. Wie fühlen Sie sich in den Situationen, in denen Sie sich vor Therapie als besonders beeinträchtigt erlebt haben?

(z.B. Alltag, Sport, gesellschaftliches Leben, Berufsleben, Partnerschaft, Freundschaft, beim Einkauf, Restaurantbesuche, etc.):

Urogynäkologie (Endbefragung FB2)

20. Harninkontinenz und Senkungsbeschwerden

	Nein	Ja		Wenn ja, wie stark		
		gelegentlich	dauerhaft	ein wenig	mäßig	sehr
DIFFERENZIERUNG der Harninkontinenz						
Ich leide unter starkem Harndrang, der schwer zu kontrollieren ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich leide unter starkem Harndrang, verbunden mit unkontrollierbarem Harnabgang.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich leide unter dem Zwang, häufig auf Toilette gehen zu müssen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich leide nachts unter Harndrang und muss aufstehen, um Wasser zu lassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich leide unter unwillkürlichem Harnabgang bei körperlicher Aktivität (z.B. Husten, Niesen, Laufen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich leide unter unwillkürlichem Harnabgang beim Geschlechtsverkehr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich leide unter häufigen Harnwegsentzündungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich leide unter Senkungsbeschwerden (Druck auf die Blase, z.B. durch die Gebärmutter, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Schwierigkeiten beim Wasserlassen (z.B. Harn kommt tropfenförmig, Harn kommt verzögert und ähnliches).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird Ihr Harnverlust durch seelische Belastungen beeinflusst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welcher Art? (z.B. Stress, Ängste, etc.)		
Sonstiges?						

7.6 Fragebogen 3

Urogynäkologie (FB3)

Allgemeine Veränderungen

1. Wie würden Sie zurzeit Ihren allgemeinen Gesundheitszustand beschreiben?

bitte ankreuzen:

sehr gut	gut	mittel- mäßig	schlecht	sehr schlecht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Nehmen Sie Medikamente seit Abschluß der Behandlung?

keine ja, welche:

3. Sind Krankheiten/ Beschwerden/ Operationen seit Abschluß der Behandlung aufgetreten?

keine ja, welche:

4. Sind in der letzten Zeit gute oder schlechte Veränderungen („Nebenwirkungen“) aufgetreten?
(z.B. *Krampfadern, Senkungsbeschwerden, Atmung, Kreislauf, Darmaktivität...etc.*)

gute Veränderungen:

schlechte Veränderungen:

Veränderungen der Inkontinenz nach Abschluß der Therapie

5. Wie häufig verspüren Sie jetzt noch einen ungewollten Urinverlust?
 keinen ca. _____ pro Woche

6. Können Sie auftretenden Harndrang gut aufschieben/ unterdrücken/ hinauszögern?

bitte ankreuzen:

sehr gut	gut	mittel- mäßig	schlecht	sehr schlecht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Wie oft suchen Sie nach Abschluß der Behandlung durchschnittlich eine Toilette auf?

_____ pro Tag
_____ pro Nacht

8. Haben sich Ihre Trinkgewohnheiten seit der Behandlung verändert?
(z.B. *Menge, Art der Getränke, Verteilung am Tag*)

nein ja, inwiefern?

9. Wieviel Liter trinken Sie am Tag und was?

a. Ca. _____ Liter pro Tag,

b. davon

- ca. _____ Tassen Kaffee/ Tee
- ca. _____ Liter Mineralwasser und/oder Anderes.

c. kann ich nicht genau angeben

10. Verwenden Sie einen Wäscheschutz?

nein

ja Slupeinlagen Binden

_____ pro Tag _____ pro Tag

11. Wie hoch sind die durch Ihre Harninkontinenz bedingten Kosten schätzungsweise pro Monat?

ca. _____ € pro Monat

Urogynäkologie (FB3)

12. Wie häufig/ stark ist Ihr Urinverlust bei nachfolgenden Tätigkeiten/ Situationen?

Situation	Urinverlust					
	Häufigkeit			Menge		
	nie	gelegentlich	immer	Tropfen	Spritzer	Strahl
Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lachen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Springen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinsetzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anmerkungen:

13. Wie schätzen Sie Ihre Fähigkeit ein, Ihre Beckenbodenmuskulatur einzusetzen (z.B. anspannen)?

bitte ankreuzen:
 sehr gut gut mittel-mäßig schlecht sehr schlecht

14. a. Beeinträchtigt Ihr Blasenproblem

	keine Angaben	es beeinträchtigt nicht	ein wenig	mäßig	sehr
Ihr Selbstwertgefühl?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihr Familienleben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihre Beziehung zu Ihrem Partner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihr Sexualleben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b. Sind Sie wegen Ihres Blasenproblems

deprimiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ängstlich oder nervös?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Patientenzufriedenheit

15. Wie fühlen Sie sich mit dem Therapieergebnis?

bitte ankreuzen:
 sehr gut gut mittel-mäßig schlecht sehr schlecht

16. Ist die Therapie im Alltag umsetzbar?

bitte ankreuzen:
 sehr gut gut mittel-mäßig ein wenig nein

Anmerkungen:

17. Leiden Sie unter Ihrem unwillkürlichen Harnverlust?

bitte ankreuzen:
 sehr stark stark mittel-mäßig ein wenig nein

18. Ist Ihr aktueller Leidensdruck so groß, dass Sie sich bei einer nun gleich bleibenden Situation operieren lassen würden?
 nein ja

19. Wie fühlen Sie sich in den Situationen, in denen Sie sich vor Therapie als besonders beeinträchtigt erlebt haben?

(z.B. Alltag, Sport, gesellschaftliches Leben, Berufsleben, Partnerschaft, Freundschaft, beim Einkauf, Restaurantbesuche, etc.):

Urogynäkologie (FB3)

20. Harninkontinenz und Senkungsbeschwerden

	Nein	Ja		Wenn ja, wie stark		
		gelegentlich	dauerhaft	ein wenig	mäßig	sehr
DIFFERENZIERUNG der Harninkontinenz						
Ich leide unter starkem Harndrang, der schwer zu kontrollieren ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich leide unter starkem Harndrang, verbunden mit unkontrollierbarem Harnabgang.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich leide unter dem Zwang, häufig auf Toilette gehen zu müssen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich leide nachts unter Harndrang und muss aufstehen, um Wasser zu lassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich leide unter unwillkürlichem Harnabgang bei körperlicher Aktivität (z.B. Husten, Niesen, Laufen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich leide unter unwillkürlichem Harnabgang beim Geschlechtsverkehr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich leide unter häufigen Harnwegsentzündungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich leide unter Senkungsbeschwerden (Druck auf die Blase, z.B. durch die Gebärmutter, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Schwierigkeiten beim Wasserlassen (z.B. Harn kommt tropfenförmig, Harn kommt verzögert und ähnliches).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird Ihr Harnverlust durch seelische Belastungen beeinflusst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welcher Art? (z.B. Stress, Ängste, etc.)		
Sonstiges?						

7.7 Fragebogen 4

Urogynäkologie FB4 (anonyme Endbefragung)

Anonym
Helfen Sie, uns zu verbessern!

1. Sind Ihre Erwartungen an die Therapie erfüllt worden?
 nein ja

Anmerkungen:

2. Mussten Sie Ihrer Meinung nach lange bis zum Therapiebeginn warten?
 nein ja

wenn ja, wie lange:
(Anmerkungen:)

3. Verlief der Ablauf Ihrer Therapie reibungslos?
 nein ja

falls nein, bitte erläutern:

4. Gab es in irgendeinem Bereich Ihrer Meinung nach Unklarheiten?
 nein ja

bitte erläutern:

5. Gibt es von Ihrer Seite Verbesserungsvorschläge, wie wir Ihre Zufriedenheit erhöhen können?
 nein ja

bitte erläutern:

Urogynäkologie FB4 (anonyme Endbefragung)

	Skalierung				
	sehr gut	gut	mittelmäßig	schlecht	sehr schlecht
Verwaltung (Anmeldung bzw. Leitstelle)					
Wie war die Höflichkeit und Hilfsbereitschaft der Verwaltung an der Leitstelle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegepersonal (Schwestern u.a.)					
Wie war die Höflichkeit und Hilfsbereitschaft des Pflegepersonals?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie beurteilen Sie die fachliche Kompetenz des Pflegepersonals?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physiotherapeutinnen/ Physiotherapeuten					
Wie war die Höflichkeit und Hilfsbereitschaft der Physiotherapeuten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie beurteilen Sie die fachliche Kompetenz der Physiotherapeuten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie war die Verständlichkeit und Ausführlichkeit der Information betreffs Ihrer Therapie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist die Therapie im Alltag umsetzbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie hoch war Ihre Motivation zur Therapie zu kommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ärztinnen/ Ärzte					
Wie war die Höflichkeit und Hilfsbereitschaft der behandelnden Ärztinnen/ Ärzte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie war die Verständlichkeit und Ausführlichkeit der Erklärungen der für Sie zuständigen Ärztinnen/ Ärzte bezüglich der Tests und Untersuchungsergebnisse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie beurteilen Sie die fachliche Kompetenz der behandelnden Ärztinnen/ Ärzte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie war Ihr Vertrauen zu den behandelnden Ärztinnen/ Ärzten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.8 Therapiebericht des Physiotherapeuten an den Arzt

Therapiebericht des Physiotherapeuten an den Arzt

Patientin:
(Name, Geburtsdatum)

Diagnose:

Behandlungszeitraum: vom: _____ bis: _____

Behandlungsanzahl:
(z.B. 10 Therapiesitzungen)

Therapiefrequenz:
(z.B. 2 x pro Woche)

Behandlungspausen: ja nein

Zeitraum: _____
Grund: _____

Behandlungsabbruch: am: _____ nach [] Therapieeinheiten

Grund: _____

Stand der Therapie (aktueller Befund) im Hinblick auf das Therapieziel:

Besonderheiten während des Therapieverlaufs:

Prognostische Einschätzung:

Ergebnis Pad Test (Urinverlust in Grammangabe), 20 Min. Test nach Hahn und Fall:

Behandlungsbeginn	gesamt:	SHIK:	Urge:
Behandlungsende	gesamt:	SHIK:	Urge:

Subjektiver Behandlungserfolg nach Einschätzung der Patientin:

- geheilt
 gebessert
 leicht
 mittel
 stark
 unverändert
 verschlechtert

Therapeut
(Name, Pieper)

Datum, Unterschrift

Danksagung

Bei Prof. Dr. med. V. Viereck möchte ich mich ganz herzlich für die Überlassung des Themas bedanken. Während der gesamten Arbeit hat er mich bestens unterstützt und mir bei Fragen aller Art weitergeholfen. Er konnte mir die wissenschaftlichen Grundlagen und Zusammenhänge des Themas deutlich vermitteln und informierte mich stets über neueste Entwicklungen und aktuelle Literaturhinweise.

Auch gebührt ein großer Dank Prof. Dr. rer. nat. R. Hilgers, der mich wesentlich während der gesamten Arbeit unterstützt und mir stets bei Fragen aller Art weitergeholfen hat.

Lebenslauf

Ich wurde als erstes von zwei Kindern meiner Eltern Ružica Zovko, geborene Nikolić, und Dr. med. dent. (Univ. Sarajevo) Ivan Zovko am 29.07.1978 in Walsrode geboren. Mein jüngerer Bruder heißt Miroslav Zovko. Von 1986 bis 1990 besuchte ich die Grundschule Norderney. Anschließend lernte ich in der Orientierungsstufe und Kooperativen Gesamtschule auf Norderney. Ich wechselte 1995 zum Ulrichsgymnasium Norden, wo ich im Juni 1998 mein Abitur ablegte. Ein Pflegepraktikum absolvierte ich danach im Zentralkrankenhaus Bremen Ost und begann eine zahntechnische Ausbildung im Labor Kreuzberg in Wolfsburg. Im April 1999 fing ich das Studium der Zahnmedizin an der Georg-August-Universität Göttingen an und erhielt am 09.06.2004 nach Ablegen der vorgeschriebenen Prüfungen die zahnärztliche Approbation. Im Anschluss daran durchlief ich die Assistenzzeit in den Zahnarztpraxen Dr. med. dent. (Univ. Sarajevo) Ivan Zovko (Norderney), und Gemeinschaftspraxis Dr. med. dent. Brüntjen und Partner (Oldenburg in Oldb.). Nach kurzer Selbstständigkeit in der zuletzt genannten Praxis begann ich im Februar 2007 meine Weiterbildungszeit für Oralchirurgie in der Praxis für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie Dr. med. Dr. med. dent. Kotthaus und Rathjen in Neumünster. Vom 01.01.2008 bis zum 31.03.2010 führte ich die Weiterbildung als Weiterbildungsassistentin für Oralchirurgie in der Abteilung für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie unter Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Heiland im Klinikum Reinkenheide, Bremerhaven, fort und schloss sodann erfolgreich die Prüfung zur Fachzahnärztin für Oralchirurgie ab. Seitdem bin ich in der mund-kiefer-gesichtschirurgischen Praxis Grundmann und Kraushaar (Oldenburg in Olb.) als Oralchirurgin beschäftigt. Ich bin seit dem 30.09.2010 mit Jost Backhaus verheiratet. Am 05.12.2010 brachte ich meine Tochter Matea Backhaus zur Welt.