

Andrea Fischer (Hrsg.)

# Servicequalität und Patienten- zufriedenheit im Krankenhaus

Konzepte, Methoden,  
Implementierung



Andrea Fischer (Hrsg.)

## **Servicequalität und Patientenzufriedenheit im Krankenhaus**



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft



Andrea Fischer (Hrsg.)

# Servicequalität und Patientenzufriedenheit im Krankenhaus

Konzepte, Methoden, Implementierung

mit Beiträgen von

B. Bendsen | S. Blehle | R.A. Bostelaar | C.B. Conrad | W. Deiters | F. Drevs | A. Emisch  
A. Fischer | D. Fischer | M. Fuder | C. Gebele | V. Großkopf | A. Hirschfeld | C.A. Jacobi  
K. König | R. Krewer | S. Lampert | S. Meinecke | B. Napp | M. Ossenbrink  
S. Pflaumbaum | M. Prehm | J. Prölß | U.P. Rhein | R. Riefenstahl | M. Säcker  
G. Schüpfer | K. Stahl | F. Stehle | C. Stoffers | M. Wüning



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

# Die Herausgeberin

Andrea Fischer

TUI Service Akademie, Gesundheitswesen

Königswinterer Straße 409

53639 Königswinter

<http://www.tui-service-akademie.de/>

MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG

Zimmerstraße 11

10969 Berlin

[www.mwv-berlin.de](http://www.mwv-berlin.de)

ISBN 978-3-95466-217-3 (eBook: PDF)

## Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Informationen sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin, 2015

Dieses Werk ist einschließlich aller seiner Teile urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beide Geschlechter.

Die Verfasser haben große Mühe darauf verwandt, die fachlichen Inhalte auf den Stand der Wissenschaft bei Drucklegung zu bringen. Dennoch sind Irrtümer oder Druckfehler nie auszuschließen. Daher kann der Verlag für Angaben zum diagnostischen oder therapeutischen Vorgehen (zum Beispiel Dosierungsanweisungen oder Applikationsformen) keine Gewähr übernehmen. Derartige Angaben müssen vom Leser im Einzelfall anhand der Produktinformation der jeweiligen Hersteller und anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden. Eventuelle Errata zum Download finden Sie jederzeit aktuell auf der Verlags-Website.

Produkt-/Projektmanagement: Anna-Lena Spies, Berlin

Lektorat: Monika Laut-Zimmermann, Berlin

Layout & Satz: eScriptum GmbH & Co KG – Digital Solutions, Berlin

Zuschriften und Kritik an:

MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Zimmerstr. 11, 10969 Berlin, [lektorat@mwv-berlin.de](mailto:lektorat@mwv-berlin.de)

## Geleitwort

*„Ein Krankenhaus ist kein guter Ort für kranke Menschen.“ (Norman Cousins 1979)*

Als Berliner kenne ich das Wort Kundenfreundlichkeit. Als Wort. Es bedeutet in der Hauptstadt nur etwas anderes. Kundenfreundlichkeit heißt in Berlin, wenn der Kunde nicht freundlich ist, bekommt er schon mal „jar nüscht“. Und ich wünschte, es wäre ein Gag. Genauso wie ich wünschte, das würde nur in der Hauptstadt gelten und nicht in weiten Bereichen der Gesundheitsindustrie, wo aus dem Patienten irgendwann ein Kunde gemacht wurde. Und wo die wenigsten den Kunden zum König machen, sondern er froh sein darf, wenn sich irgendwer irgendwie um ihn kümmert.



Ich habe selbst noch als Arzt an der Kinderklinik der Freien Universität in Berlin gearbeitet, die heute zur Charité gehört. Es ist das größte Klinikum Europas. Woher kommt das Wort Charité? Man könnte meinen von Shareholder Value. Irrtum. Charité kommt von Caritas, der Nächstenliebe. Sich um kranke Menschen zu kümmern, war ursprünglich im christlichen Abendland ein Akt der Barmherzigkeit. Ein Patient ist in erster Linie kein Kunde, sondern ein leidender Mensch. Und die wichtigste Frage sollte auch nicht sein: „Wie mache ich mit dem 20% Rendite?“, sondern: „Wie kann ich dem helfen?“ Und wenn wir so viel über die Bedrohung der Werte des Abendlandes reden: Nächstenliebe, Solidarität und Gerechtigkeit sind Werte, für die wir wirklich auf die Straße gehen sollten.

„Zu Tode gespart“ heißt ein bemerkenswerter Artikel auf Seite Drei der Süddeutschen Zeitung. Darin schildert die Reporterin Evelyn Roll, wie sie als Patientin in den Katakomben der Charité in ihrem Bett verschoben und vergessen wurde. Nur durch ihr eigenes Handy konnte sie über die Pforte jemanden alarmieren, der sie wieder auf die Station brachte. Es freut mich zu hören, dass aktuell an der Verbesserung der Situation gearbeitet wird, höchste Zeit.

Was ist eigentlich so gründlich schiefgegangen in den letzten 20 Jahren? Wenn ich mit Kollegen und Pflegekräften von früher spreche, höre ich nie, dass irgendetwas wirklich besser geworden ist. Und das in einem System, in dem jeden Tag fast eine Milliarde Euro unterwegs sind. Mein Eindruck von außen: Durch das Fallpauschalensystem sind der ökonomische Druck und die Fehlanreize enorm. Sobald eine „Leistung“ erbracht wurde, wird der Patient lästig, denn alles, was er jetzt noch in Anspruch nimmt, geht vom Gewinn ab. Eigentlich sollte er sofort nach der Operation aufspringen, danken und gehen. Aber er kann nicht gehen, kann aber auch nicht bleiben. Der Patient wird nicht mehr gebraucht, das Bett schon. Alles an Zuwendung und Gespräch, Krisenbewältigung und Zukunftsperspektiven ist nicht „eingepreist“, als ob das alles keinen Wert darstellen würde. Auf den Kongressen reden alle von „personalisierter Medizin“, aber dass es dazu auch Personen braucht, um die Behandlung durchzuführen, davon redet kaum einer.

In den letzten Jahren wurden 50.000 Pflegekräfte eingespart, es ist viel Porzellan zerbrochen worden, um das Wort „Service“ nicht zu verwenden. Das klingt so nach

Tee-Service. Und wer jemals im Krankenhaus einen Tee getrunken hat, weiß: da schmeckt der in der Jugendherberge ja noch besser. Warum hört man in der Gesundheitspolitik so viel von den 29.000 Apothekern in Deutschland? Und so wenig von den 1,5 Millionen Pflegekräften? Wenn die Lokführer oder die Piloten streiken, kommt man nicht von A nach B. Aber wenn die Pflege streikt, kommt keiner mehr vom Bett aufs Klo. Und nach 12 Stunden ist jedem klar, was schlimmer ist.

Mich macht es wütend, dass Selbstverständlichkeiten im Selbstverständnis vieler Träger zwar brav in ihren Leitbildern vorkommen, aber nie bei den Leidtragenden ankommen. Die Marktforschungsagentur „Rheingold“ hat sehr aufwendig über 100 tiefenpsychologische Interviews mit Ärzten, Pflegekräften und Patienten geführt und dabei ein gemeinsames Grundgefühl entdeckt. Alle Beteiligten erleben sich wie in einer „Schicksalsmühle“, wo keiner eigentlich will, dass es so läuft, wie es läuft, aber auch keiner mehr das Gefühl hat, daran etwas ändern zu können. Eine bleierne Schwere hat sich im System breitgemacht, alle sind gestresst oder auf der Flucht, innerlich oder „in echt“. Gibt es keine Hoffnung?

„Humor“ kommt in diesem Buch als Stichwort an mehreren Stellen vor. Immerhin an zwei. Und mit diesem Geleitwort dann schon an dreien. Einmal unter Resilienz und dann als trainierbare Fähigkeit. Beides sollte alle verantwortlichen Führungskräfte brennend interessieren, denn „Burn-out“ und „Brain-drain“ sind die großen Killer von guter Stimmung und verantwortlich für den Exodus der guten Mitarbeiter im Krankenhaus. Ausgerechnet die Idealistischen und Motivierten brennen am schnellsten aus, wenn ihre Ansprüche und die Realität aufeinanderprallen. Und die Flexiblen und mehrfach Begabten wechseln das Terrain, weil sie keine Aufstiegs- und Entwicklungschancen sehen.

Ich habe mich gefreut, bei einem Kongress über Klinikmarketing, wo mein „Award für heilsame Stimmung“ ausgelobt wurde, die Herausgeberin persönlich kennengelernt zu haben. Nach meinem Impulsvortrag fragte ich in die Runde, welche kleinen Beispiele für positive Mitarbeiterkultur in der Praxis funktionieren. Und Andrea Fischer erzählte, wie sie etabliert hat, dass man erst die Augenfarbe des Gegenübers erkannt haben sollte, bevor man beginnt zu reden. Sich diesen „Augenblick“ Zeit zu nehmen, verändert die Kommunikation auf „Augenhöhe“. Albernies Beispiel? Nein, es gibt immer mehr Menschen, die nicht mehr „wegschauen“ mögen und die gesehen werden wollen.

Meine Stiftung „HUMOR HILFT HEILEN“ versucht, heilsame Stimmung im Krankenhaus zu fördern. Sie ist wie die Hospizbewegung seit 20 Jahren Teil einer Gegenkultur zur industrialisierten Medizin. Clowns im Krankenhaus waren die ersten „Eisbrecher“, anfangs auf den Kinderstationen, dann bei Erwachsenen und inzwischen auch sehr erfolgreich in der Geriatrie, der Altenpflege, der Palliativmedizin. Der große Vorteil der Clowns: Sie stehen außerhalb der Hierarchien, sie können sich ihre Zeit frei einteilen, sie sind die „Joker“ der Zuwendung und können dorthin gehen, wo sie gerade gebraucht werden. Wenn es gut läuft, gibt es vorher eine Übergabe mit der Station, und auch eine Rückmeldung darüber, was in den Zimmern gespielt und erzählt wurde. Den Clowns vertrauen Kinder oft ihre geheimen Wünsche an, die dann erfüllt oder therapeutisch weitergeführt werden können. Gute Clowns leisten großartige Arbeit, leider sind nicht alle gut. Die Idee wurde auch von halb guten bis schlechten Clowns als „Arbeitsmarkt“ entdeckt, weshalb die Kliniken darauf achten sollten, mit wem sie zusammenarbeiten. Der „Dachverband für Clowns im Kranken-

haus“ und „HUMOR HILFT HEILEN“ haben Qualitätsstandards definiert und helfen gerne bei Weiterbildung und Coaching der Gruppen vor Ort. Die Clowns sollten zu zweit gehen, Supervision und Weiterbildung bekommen, künstlerisch-pädagogisch Profis sein und bezahlt werden, d. h. langfristig könnte hier ein neuer Gesundheitsberuf entstehen, wie in den Niederlanden oder der Schweiz schon flächendeckend realisiert.

Was Humorförderung bei erwachsenen Schlaganfallpatienten und bei psychosomatischen Herzpatienten bringt, untersuchen wir gerade zusammen mit der Humboldt-Universität Berlin und dem Robert-Bosch-Krankenhaus in Stuttgart.

Je länger ich die Humorarbeit unterstütze, desto wichtiger werden mir die Pflegekräfte. Dort gibt es Naturtalente der guten Laune, die Heiterkeit und Hoffnung verbreiten, wo immer sie hinkommen. Und es gibt andere Naturtalente, die machen es genau anders herum. Und es gibt viele dazwischen, die in die eine oder andere Richtung „kippen“ können. Seit mehreren Jahren führen wir „Humor in der Pflege“-Workshops durch, wo in Teams von 15 Teilnehmern in drei Stunden geübt, gespielt und reflektiert wird. Wie trete ich in Kontakt mit jemandem, was nehme ich alles wahr, was unterscheidet wertschätzenden von ironischem Humor, wie kann ich mit peinlichen Situationen leichter umgehen und wie Sorge ich als Pflegekraft so gut für mich, dass ein Lächeln nicht „aufgesetzt“ werden muss, sondern aus mir herausstrahlt? In einem bislang deutschlandweit einmaligen Projekt schult das Johanneswerk in Bielefeld 3.000 Mitarbeiter mit diesem Konzept, das von der Universität Zürich und dem Altersinstitut Dortmund wissenschaftlich begleitet wird.

Der entscheidende Faktor für die „Kundenzufriedenheit“ sind gute, wertschätzende Beziehungen im Krankenhaus. Wer sieht mich, wer berührt mich, wer erklärt mir, was mit mir passiert und wer wünscht mir „Alles Gute“, wenn ich wieder entlassen werde? Wer freut sich mit mir über Fortschritte, wer trauert mit mir über Rückschläge, wer nimmt mir die Angst vor dem, was kommt? Man bekommt nie eine zweite Chance für einen ersten Eindruck. Aber was bleibt, ist der letzte Eindruck. Und das kenne ich aus der Hotellerie so gut, wo man freundlich empfangen wird, aber morgens um 7 Uhr mit dem Staubsauger daran erinnert wird, dass die „Leistung“ der Übernachtung jetzt schon erbracht wurde. Als Gesunder kann ich das wegstecken, aber nicht als Patient. Warum gibt es kein Verabschiedungsritual im Krankenhaus, ein kleines Gespräch, eine Zusammenfassung, was geschehen ist und was die nächsten Schritte sind? Der Veränderungswille und die Verunsicherung sind nie so groß wie direkt um einen Eingriff oder „Einschnitt“. Warum nutzen wir diese Energie nicht zum Positiven?

Sie finden in diesem Buch viele gute Ideen, und wenn jeder Leser auch nur eine davon umsetzt, bewegt sich etwas. Das wünsche ich uns allen, denn früher oder später sind wir alle mal Patienten – nicht nur Kunden.

Herzlich  
Ihr



Dr. Eckart v. Hirschhausen

## Geleitwort

*„Hier am Eingang können Sie nicht parken, das ist der Parkplatz vom Chefarzt. Patientenparkplätze sind dahinten [...]!“*

Stellen Sie sich vor, Sie liegen in einem Krankenzimmer in einer deutschen Klinik und eine freundliche Person kommt herein und fragt Sie: „Welchen Tee darf ich Ihnen bringen oder darf es vielleicht lieber ein Cappuccino sein?“ Das bringt Sie zum Schmunzeln, Sie schütteln sogar den Kopf oder Ihr Gedanke ist: Was hat das mit einem Krankenhaus zu tun?

Seien Sie unbesorgt: Das ist nicht die Realität! Kaffee oder Tee auf dem Wagen im Flur, das ist der aktuelle Gipfel der Serviceorientierung in deutschen Krankenhäusern. Daran könnte sich aber etwas ändern. Krankenhäuser erkennen langsam, dass auch ihre Patienten wichtige Multiplikatoren sind und das Bild eines Hauses oder einer Abteilung in der Öffentlichkeit prägen. Während Qualitätsorientierung gesetzlich vorgeschrieben ist und mehr und mehr in das Bewusstsein von Gestaltern und Mitarbeitern in deutschen Krankenhäusern rückt, werden so etwas wie Wohlbefinden, Wertschätzung oder Serviceorientierung für Patienten allenfalls auf sogenannten „Servicestationen“ der Selbstzahler verortet.

Immer noch parkt in vielen Krankenhäusern der Chefarzt direkt neben dem Haupteingang, während Patienten und Angehörige einige 100 Meter durch den Regen zur Notaufnahme laufen müssen. Flure, Behandlungszimmer oder Warteräume in deutschen Krankenhäusern strahlen vielerorts Kälte, Ungepflegtheit bis hin zu Verwahrlosung aus. „Wehrlose“ Patienten liegen stundenlang in zugigen Fluren, um auf eine Untersuchung zu warten. Niemand hat ihnen gesagt, wo sie sind, wie lange es noch dauert und was passieren wird.

In diesem Buch geht es nicht darum, dem Patienten das schaurige Krankenhauslebens ein wenig zu versüßen. Es geht darum, zu vermitteln, dass Patienten mehr sind als Fälle, Nummern oder die Summe ihrer Diagnosen und als Menschen wahrgenommen und behandelt werden wollen. Während ein deutscher Urlauber bereits vom Strand aus seinen Anwalt anruft, nur weil der Meerblick vielleicht durch einen Baum verstellt ist, nimmt er in einem Krankenhaus alles hin: Patienten haben sehr viel Respekt und Angst – naturgemäß, denn es geht um existenzielle Dinge. Patienten fühlen sich ausgeliefert – zu Recht! Ohne Schutz und von den privaten Dingen wie Kleidung, Uhr etc. befreit, reduziert sich alles auf ihr Leiden, ihre Schmerzen und ihre Ängste. Im Krankenhaus sind die Rollen vertauscht: Nicht der (zahlende) Kunde bestimmt, was passiert, sondern die oftmals mitarbeiter- und nicht patientenorientierten Abläufe (oder wann wurden Sie zuletzt in einem Hotel morgens um 5:30 Uhr aus dem Schlaf gerissen und mit einem Frühstückstablett versorgt).

Ein Krankenhaus ist kein Hotel, aber Patienten sind durchaus Gäste, ja Kunden – zumindest in dem Sinne, dass auch ihnen ein Lächeln, Zuwendung und Wertschätzung zusteht. Vielleicht sogar in der Absicht, ihnen einen „angenehmen Aufenthalt“ zu bescheren. Patienten werden selbstbewusster. Patienten beginnen zu wählen. Sie informieren sich. Krankenhäuser stehen vielerorts längst im Wettbewerb und es sind immer mehr die Patienten, die mit den Füßen abstimmen, ob ein Krankenhaus in diesem Wettbewerb eine Zukunft hat oder nicht.

Es sollte eine Selbstverständlichkeit sein, dass der Parkplatz gleich neben dem Haupteingang nicht dem Chefarzt, sondern dem Patienten vorbehalten ist. Damit kann man schon mal anfangen und dann gehen Sie als Verantwortlicher (oder als Angehöriger) einmal durch das Haus, den ganzen (Behandlungs-)Pfad des Patienten bis zur Entlassung nach – vielleicht werden Sie als Patient nach erfolgreicher Behandlung bei der Entlassung persönlich von Ihrem Ärzteteam, Ihren Pflegekräften und dem Servicemanager verabschiedet, haben eine nachvollziehbare Patienteninformation in die Hand gedrückt bekommen und werden direkt an den Fahrer übergeben, der Sie nach Hause bringt. Würden Sie so ein Haus eventuell weiterempfehlen?

Ich freue mich sehr, dass wir genau zu diesem Themenkreis ein hochaktuelles, stets umsetzungsorientiertes Praxisbuch herausbringen, und zwar von mutigen Autorinnen und Autoren, die wissen, wie man Servicebewusstsein in ein Haus bringt und wie man lernt, Bedürfnisse von Kunden zu erkennen und umzusetzen. Und ich wünsche dem Buch viele mutige Leser, die sich auf den Weg machen und daran arbeiten, dass die Mitarbeiter und Abläufe in ihrem Krankenhaus den Patienten wieder in den Mittelpunkt stellen.

Ihr

*Dr. med. Thomas Hopfe*  
Verleger



## Vorwort

*„Nicht jeder, der aus dem Rahmen fällt, war vorher im Bilde!“ (anonym)*

Zunächst möchte ich Sie dazu beglückwünschen, dass Sie dieses Buch in den Händen halten. Denn es ist zwar heute jedem, der im Krankenhaus auf Entscheider-Ebene agiert, bewusst, dass im Kontext „Servicequalität und Patientenzufriedenheit“ etwas passieren muss, doch kaum einer packt das Thema aktiv an. Serviceorientierung im Krankenhaus sowie konkrete Methoden und erfolgreiche Konzepte bilden einen großen weißen Fleck in der Gesundheitslandschaft. Und dabei ist das Thema so aktuell und wichtig wie nie.

Hierfür lassen sich aus meiner Sicht drei Hauptgründe benennen:

Zum einen fragt der eigentliche Kunde im Krankenhaus, also der Patient, immer konkreter nach serviceorientierten Angeboten und patientenorientierter Behandlung. Er möchte nicht mehr nur die „kranke Stelle“ verarztet bekommen, sondern rundherum wahrgenommen werden und sich wohlfühlen. Anders als bei einer Hotelbuchung ist der Aufenthalt oftmals nicht selbst geplant, aber gerade aufgrund der defizitären Bedürfnislage eines Kranken bzw. Verletzten ist es umso wichtiger, dem Patienten zwischenmenschlich wertschätzend und partizipativ auf Augenhöhe zu begegnen.

Der zweite Grund ist wiederum der Patient, denn dieser möchte als Gast behandelt werden, statt als der Erduldende (lat. *patiens*) alles über sich ergehen zu lassen – weder bei den therapeutischen Prozeduren noch in den Arztgesprächen oder bei Wartezeiten. Er möchte eine verständliche Kommunikation, die informiert und involviert.

Der dritte Grund ist – genau – ebenfalls der Patient. Denn, wenn der Patient (und auch seine Angehörigen) unzufrieden von dem Krankenhaus-Aufenthalt heimkehren, werden sie sicherlich dieses Krankenhaus nicht weiterempfehlen. Was hier also zunächst als zwischenmenschliches Problem dargestellt wird, wird ganz schnell auch zu einem ökonomischen Problem, denn die subjektiven Wohlfühlfaktoren werden immer mehr zu einem wesentlichen Wettbewerbs-Faktor und die Patientenzufriedenheit zu einem imagestarken Marketing-Faktor. Den Patienten in den Fokus zu rücken, zahlt sich also aus: positives Arbeitsklima trotz stressiger Zeiten, zufriedener Mitarbeiter durch mehr gelebte Wertschätzung, weniger Krankenstände oder Fluktuationen, weniger Beschwerden, da alle Patienten sich gesehen fühlen – das sind nur ein paar unmittelbare Nutzen, die ich hier nennen möchte.

So richtet sich dieses Buch an alle Gestalter und Entscheider, Geschäftsführer oder Leitungskräfte aus Medizin, Pflege und Verwaltung von Krankenhäusern sowie Qualitätsmanager oder Personalentwickler. Denn Servicequalität und Dienstleistungsorientierung, die beide zur Patientenzufriedenheit führen, sind einerseits Führungs- und Gestaltungsaufgabe und andererseits eine Qualifikation und Haltung, die der einzelne Mitarbeiter sowie das Team erlernen und umsetzen kann.

Das Buch gliedert sich in vier Teile, in die Sie, je nachdem auf welchem Kenntnis- und Erfahrungsstand Sie sind, einsteigen können: In der Sektion I werden die grundlegenden Aspekte zur Servicequalität und Patientenzufriedenheit erläutert. Sektion II stellt fundierte Methoden und Konzepte vor und in der Sektion III werden praxisorientierte Strategien zur Implementierung und zur Erhöhung der Servicequalität

und der Patientenzufriedenheit gegeben. Abgerundet wird das Werk mit einigen Spezialthemen, wie dem Blick über den geographischen Tellerrand oder in die Zukunft, die in Sektion IV dargestellt werden.

Die Beitragsautoren sind Spezialisten auf ihrem Gebiet, die wissen, wie Servicebewusstsein vermittelt und gelebt werden kann. Sie stammen aus der Geschäftsführung, der ärztlichen oder pflegerischen Leitung, aus Wissenschaft oder Beratung. Die verschiedenen Blickwinkel und Expertisen ergeben umsetzbare Anleitungen, die in diesem Praxisbuch zusammenkommen.

Nun wünsche ich Ihnen viel Freude beim Lesen und hoffentlich wird Ihr Bild zu den Themen Servicequalität und Patientenzufriedenheit insgesamt etwas bunter und heller!

Ihre

*Andrea Fischer*

*Königswinter im März 2015*

## Die Autoren

### **Babette Bendsen**

training & kommunikation  
Ruhetaler Weg 4a  
24960 Glücksburg

### **Sigrid Blehle, MBA**

Köhn & Kollegen  
Schumannstraße 9  
81679 München

### **René A. Bostelaar, Dipl.-PM (FH)**

Medizinisches Zentrum StädteRegion Aachen GmbH  
Mauerfeldchen 25  
52146 Würselen

### **Claudia B. Conrad**

ANregiomed  
Escherichstraße 1  
91522 Ansbach

### **Dr. Wolfgang Deiters**

Fraunhofer-Institut  
für Software- und Systemtechnik ISST  
Emil-Figge-Straße 91  
44227 Dortmund

### **PD Dr. Florian Drevs**

Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften  
Gertrudstrasse 15  
8401 Winterthur  
Schweiz

### **Anna Emisch, Hamburg**

#### **Andrea Fischer**

TUI Service Akademie, Gesundheitswesen  
Königswinterer Straße 409  
53639 Königswinter

#### **Dirk Fischer, Dipl.-Ing. Umweltschutz**

An der Hetzelhardt 28  
53604 Bad Honnef

#### **Michael Fuder**

Managementtraining – Coaching – Mediation –  
Moderation  
An der Kirche 13  
38173 Erkerode

#### **Christoph Gebele, Dipl.-Volksw.**

Albert-Ludwigs-Universität Freiburg  
Platz der Alten Synagoge  
79085 Freiburg im Breisgau

#### **Prof. Dr. jur. Volker Großkopf**

Salierring 48  
50677 Köln

### **Annett Hirschfeld**

eventus  
Berliner Straße 51  
14467 Potsdam

### **Prof. Dr. Christoph A. Jacobi**

Dreifaltigkeits-Krankenhaus Wesseling  
Bonner Straße 84  
50389 Wesseling

### **Karin König, Dipl.-Sozialwissenschaftlerin**

Team Training Karin König  
Vürfels 74  
51427 Bergisch Gladbach

### **Ralf Krewer**

Bangkok Hospital  
197, Soi 9, Sukhumvit 71  
Bangkok 10110  
Thailand

### **Stefanie Lampert, Dipl.-Päd.**

Zentrum für Persönlichkeitsentwicklung  
und Gesundheit  
Konstanz am Bodensee

### **Sebastian Meinecke, Dipl.-Inf.**

Fraunhofer-Institut  
für Software- und Systemtechnik ISST  
Emil-Figge-Straße 91  
44227 Dortmund

### **Barbara Napp**

Universitäres Herzzentrum Hamburg  
Martinistraße 52  
20246 Hamburg

### **Martin Ossenbrink**

Neukatterbach 9  
90616 Neuhof an der Zenn

### **Susanne Pflaumbaum**

Pflaumbaum Training  
Vorstandsmitglied der Deutschen Knigge  
Gesellschaft  
Hamburg

### **Matthias Prehm**

Seminaragentur HumorPille  
Düdelinger Weg 8  
21481 Lauenburg

### **Joachim Prölß**

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
Martinistraße 52  
20246 Hamburg

**Ulrich Paul Rhein, Dipl.-Sozialarbeiter**  
Paul Rhein Training  
Hornemannweg 1  
30167 Hannover

**Dr. rer. oec. Robert Riefenstahl, Dipl.-Kfm.**  
Altersham 51b  
84347 Pfarrkirchen

**Marion Säcker, Gesundheitsbetriebswirtin (FHM)**  
KlinikumStadtSoest gGmbH  
Senator Schwartz Ring 8  
59494 Soest

**Dr. med. Guido Schüpfer, PhD, MBA HSG**  
Luzerner Kantonsspital  
CH-6000 Luzern 16  
Schweiz

**Dr. rer. medic. Katja Stahl**  
Picker Institut Deutschland gGmbH  
Kieler Straße 2  
22769 Hamburg

**Dr. med. Fabian Stehle**  
Am Grenzweg 20  
85635 Höhenkirchen bei München

**Dr. rer. pol. Christian Stoffers, Dipl.-Volkswirt**  
St. Marien-Krankenhaus Siegen gem. GmbH  
Kampenstraße 51  
57072 Siegen

**Dr. med. Michael Wünnig**  
Kath. Marienkrankenhaus GmbH  
Alfredstraße 9  
22087 Hamburg

# Inhalt

<b>I</b>	<b>Basiswissen: Service- und Patientenorientierung</b>	<b>1</b>
1	Serviceorientierung im Krankenhaus <i>Andrea Fischer</i>	3
2	Patientenorientierte Kommunikation – auch in schwierigen Situationen und Stress <i>Babette Bendsen</i>	17
3	Der Umgang mit Patienten aus anderen Kulturen. Über Medizintouristen und interkulturelle Kommunikationsmöglichkeiten <i>Stefanie Lampert</i>	35
	Exkurs: Resilienz verhilft zu mehr Patientenzufriedenheit <i>Karin König</i>	45
4	Mitarbeitermotivation <i>Ulrich Paul Rhein</i>	49
	Exkurs: Der Mitarbeiter als entscheidende Ressource im Patientenkontakt <i>Robert Riefenstahl</i>	63
5	Verantwortung und Vorbildfunktion der Führungs- und Leitungskräfte <i>Annett Hirschfeld</i>	67
	Exkurs: Führen von verschiedenen Generationen <i>Joachim Prölß und Barbara Napp</i>	85
6	Der zufriedene Patient als Marketingfaktor <i>Christian Stoffers</i>	91
	Exkurs: Sind gute Servicequalität und gute Medizin ein Widerspruch? <i>Christoph A. Jacobi</i>	101
<b>II</b>	<b>Methoden und Konzepte: Der Patient im Mittelpunkt</b>	<b>107</b>
1	Bevor der Patient ins Krankenhaus kommt. Informations- und Entscheidungswege des Patienten <i>Florian Drevs und Christoph Gebele</i>	109
2	Der erste Eindruck des Krankenhauses auf den Patienten <i>Claudia B. Conrad</i>	119
	Exkurs: Die Zentrale Notaufnahme: Serviceeinheit und Lebensretter zugleich? <i>Michael Wünnig und Anna Emisch</i>	129
3	Prozesse und Abläufe auf der Station patientenorientiert gestalten <i>Marion Säcker</i>	135
	Exkurs: Kommunikations-Ethik im OP <i>Christoph A. Jacobi</i>	149
4	Serviceorientiertes Rahmenprogramm <i>Andrea Fischer</i>	153
	Exkurs: Humor im Klinikalltag <i>Matthias Prehm</i>	161

5	Juristische Aspekte der Service- und Patientenorientierung _____	165
	<i>Volker Großkopf</i>	
6	Beschwerde- und Feedbackmanagement _____	177
	<i>Katja Stahl</i>	
7	Entlassungsmanagement – der letzte Eindruck ist entscheidend _____	185
	<i>Babette Bendsen</i>	
	Exkurs: Knigge im Krankenhaus (Regeln mit Herz und Verstand) _____	193
	<i>Susanne Pflaumbaum</i>	
<b>III Praxiswissen: Strategien zur Implementierung _____</b>		<b>199</b>
1	Wo stehen wir mit unserem Krankenhaus und wie initiieren wir einen Veränderungsprozess? _____	201
	<i>Andrea Fischer</i>	
2	Messbarkeit und Evaluation von Mitarbeiter- und Patientenzufriedenheit _____	213
	<i>Fabian Stehle</i>	
	Exkurs: Checklisten zur Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit _____	225
	<i>Fabian Stehle</i>	
3	Zertifizierungen: ein Garant für Servicequalität und Patientenzufriedenheit? _____	229
	<i>Martin Ossenbrink</i>	
4	Werkzeuge zur Qualifikation von Mitarbeitern und Führungskräften im Krankenhaus _____	241
	<i>Michael Fuder</i>	
	Exkurs: Strukturierte Personalentwicklung des ärztlichen und des pflegerischen Personals in einem dezentralen Klinikkonzern _____	265
	<i>Sigrid Blehle</i>	
5	Patientenservice: eine neue Berufsgruppe oder geht Servicequalität alle an? _____	273
	<i>René A. Bostelaar</i>	
<b>IV Spezialwissen _____</b>		<b>281</b>
1	Patientenorientierung in Ausstattung und Architektur _____	283
	<i>Dirk Fischer</i>	
2	Service und Kundenorientierung in der Schweiz – können wir von führenden Krankenhäusern lernen? _____	299
	<i>Guido Schüpfer</i>	
3	Patientenorientierung in Asien – können wir von führenden thailändischen Krankenhäusern lernen? _____	305
	<i>Ralf Krewer</i>	
4	Ein Blick in die Zukunft – Prozessorientierung und Patienteninformationssysteme für mehr Patientenorientierung im Krankenhaus _____	311
	<i>Wolfgang Deiters und Sebastian Meinecke</i>	
	Sachwortverzeichnis _____	320
	Die Autoren _____	324



# **Basiswissen: Service- und Patientenorientierung**



# 1 Serviceorientierung im Krankenhaus

Andrea Fischer

Die Gesundheitsbranche ist aktuell so vielen Veränderungen, Herausforderungen und Neuerungen ausgesetzt, wie kaum eine andere Branche in Deutschland. Es gibt viele finanzielle, politische und demografische Themen, die die Krankenhausleitung sowie ihre gesamten Mitarbeiter aller Berufsgruppen zu bewältigen hat. Die häufigsten Schlagworte auf Kongressen und Tagungen sind Fachkräftemangel, Fallpauschalen oder auch Hygienevorschriften. Da fragt man sich, was das Thema Service- oder Patientenorientierung denn hier zu suchen hat.

Ein zukunftsfähiges Gesundheitswesen verlangt ein neues Rollenverständnis sowie ein Umdenken aller Beteiligten. Es ist nicht zuletzt das Thema des harten Wettbewerbs, das neue Handlungsfelder auf den Schirm holt. Und genau in diese Überlegungen kommt unweigerlich auch „Service- und Patientenorientierung“ hinein. Es geht heute längst nicht mehr um die rein medizinisch-pflegerischen Tätigkeiten an den kranken Stellen des Patienten, sondern mindestens im gleichen Maße um den wertschätzenden Umgang mit dem ganzen Menschen, also auch mit seinen sozial-emotionalen sowie kommunikativen Bedürfnissen.

## 1.1 Begriffsklärung

Was bedeuten die Begriffe Serviceorientierung und Patientenorientierung im Kontext des Krankenhauses?

Zunächst sollen die Begriffe beleuchtet werden. Erstaunlich ist die Tatsache, dass es weder für den Begriff „Serviceorientierung“ noch „Patientenorientierung“ einen Artikel in der deutschsprachigen Wikipedia gibt. Schaut man bei Wikipedia unter dem Begriff Patient so steht dort:

Als **Patient** (von lat.: *patiens geduldig, aushaltend, ertragend*) wird jemand bezeichnet, der ärztliche Dienstleistungen oder Dienstleistungen anderer Personen, die eine Heilbehandlung durchführen, in Anspruch nimmt. Dabei kann es um Krankheiten oder Folgen eines Unfalls gehen, an denen der Patient leidet und die medizinisch behandelt werden.

Da sind wir schnell bei dem Dienstleistungsbegriff als angenommen! Schaut man weiter bei den Begriffsklärungen bei Wikipedia, so wird der bereits oben erwähnte Begriff Dienstleistungsqualität mit Servicequalität gleichgesetzt. Die Konkretisierung des Begriffs Dienstleistung, der übrigens seit 1941 im Duden verzeichnet ist, wird in der Fachliteratur unterschiedlich definiert und mit verschiedenen Unterbegriffen konkretisiert. Im Folgenden werden 5 Basiselemente von Dienstleistung (als einer immateriellen Leistung) erwähnt:

- **Freundlichkeit:** Hier geht es darum, mit einer positiven Einstellung auf sein Gegenüber zuzugehen, diesem auf Augenhöhe zu begegnen und mit einem wertschätzenden Verhalten auf die Menschen einzugehen; dies darf gerne von einem echten Lächeln begleitet sein.
- **Zuvorkommenheit:** Hierbei geht es nicht primär darum, dem Patienten die Wünsche von den Augen abzulesen, aber man darf ihn ruhig mal fragen, was er gerade braucht, wenn seine komplette Körpersprache Unwohlsein ausdrückt; oft gleichzeitig erwähnt mit Aufmerksamkeit.
- **Zuverlässigkeit:** Entscheidend ist hierbei, die gemachten Aus- bzw. Zusagen einzuhalten, d. h. nichts zu erwähnen oder versprechen, was nicht eingehalten werden kann.
- **Vertrauen:** Dem Patienten das Gefühl geben, im wahrsten Sinne des Wortes in guten Händen zu sein; je sicherer sich ein Patient durch das Verhalten und die verbale und nonverbale Kommunikation des Klinikpersonals fühlt, umso mehr entspannt er sich, wodurch auch mögliche Beschwerden deutlich verringert werden.
- **Professionalität:** Bei diesem Punkt steht nicht die reine Fachkompetenz der verschiedenen Berufsgruppen im Fokus; es geht darum die eigene Kompetenz patientenorientiert einzusetzen und individuell auf den Patienten zuzugehen und ihn zu einem Partner im Gespräch zu machen.

Neben diesen Kriterien für Dienstleistungs- und Servicequalität im engeren Sinne werden gelegentlich auch Aspekte wie Sauberkeit, Schnelligkeit und Aufmerksamkeit genannt. Oftmals taucht im Zusammenhang mit service- und dienstleistungsorientiertem Verhalten der Begriff Wertschätzung auf.

**Wertschätzung** bezeichnet die positive Bewertung eines anderen Menschen. Sie gründet auf eine innere allgemeine Haltung anderen gegenüber. Wertschätzung betrifft einen Menschen als Ganzes, sein Wesen. Sie ist eher unabhängig von Taten oder Leistung, auch wenn solche die subjektive Einschätzung über eine Person und damit die Wertschätzung beeinflussen. Wertschätzung ist verbunden mit Respekt, Wohlwollen und Anerkennung und drückt sich aus in Zugewandtheit, Interesse, Aufmerksamkeit, Freundlichkeit.

In der Literatur findet man eine häufige Korrelation zwischen Wertschätzung und Selbstwert und man fragt sich bei so manchem Klinikmitarbeiter, ob dieser nicht eher in der Selbstaufgabe lebt als im Selbstwert. Schauen wir uns an, wo denn das Krankenhaus in seiner ursprünglichen Bedeutung her kommt. Heutzutage verstehen

wir unter Krankenhaus (als organisatorischer Teilbereich auch Klinik und – veraltet – Hospital genannt, in Österreich und der Schweiz auch Spital) eine Einrichtung, in der durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung die Krankheiten, Leiden oder körperliche festgestellt und geheilt oder gelindert werden. Auch die Geburtshilfe und die Sterbebegleitung gehören zu den Aufgaben eines Krankenhauses.

Ganz früher diente ein Krankenhaus als Armenhaus oder auch als Unterkunft für erschöpfte Pilger. Und vor allem die Berufsgruppe der Pflege hat schon historisch begründet eine hoch schätzenswerte jedoch eher leicht unterwürfige Haltung sowohl dem Patienten als auch der Berufsgruppe der Ärzte gegenüber. Sie verstehen sich selbst eher als ausführendes Organ. In einem historischen Exkurs über das Berufsbild der Krankenpflege schreibt die Fachzeitschrift INTENSIV-News:

*„Die Krankenwärter und Wärterinnen ... haben die Kranken nach der ihnen erteilten Vorschrift des Arztes zu versorgen, ihnen die Arzneien zu verabreichen, die verordneten Umschläge, Salben und Klystiere anzuwenden, und die nächtlichen Wachstunden abwechselnd zu halten; auch liegt ihnen die Lüftung der Zimmer, Reinigung der Geschirre, Zuteilung der Speisen, Besorgung der notwendigen Gänge und dergleichen ob.“ (Gunthör et al. 2003).*

Dass hier nicht dringend wertvolle Begriffe wie Wertschätzung oder Selbstwert auftauchen, sollte heutzutage jeden verwundern. Die gute Nachricht heute: Neben Feuerwehrleuten und Piloten gehören die Gesundheits- und Krankenpfleger („Krankenschwestern“) konstant zu den drei vertrauenswürdigsten Berufen Deutschlands. 89% der Bevölkerung spricht ihnen ein „sehr hohes“ bzw. „ziemlich hohes“ Vertrauen aus (ZWP 2013).

Aufgrund dieser Ausführungen wird deutlich, dass vom Ursprung des Krankenhauses als auch der dort arbeitenden Berufsgruppen das Thema Patient und Dienstleistung nicht wie selbstverständlich zusammen gehören. Obgleich die beiden Begriffe Hotel und Hospital beide vom gleichen Wort stammen.



*Der Begriffe **Hospital** (= Krankenhaus) und **HOTEL** stammen beide vom lateinischen Begriff **hospitium** (Gastfreundschaft, Herberge) was sich heute noch in dem englischen Begriff **Hospitality** (= Gastfreundschaft) wiederfindet, ab. Wieso also nicht das Krankenhaus als Ort von gelebter Gastfreundschaft?*

Dass sich diese beiden Branchen, was die Dienstleistungs- und Serviceorientierung anbelangt, so weit auseinander entwickelt haben, lädt doch dazu ein, zu den Ursprüngen zurückzukehren.

### Krankenhaus versus Hotel

Bei genauerer Betrachtungsweise haben der Hotelaufenthalt und der Krankenhausaufenthalt doch mehr gemeinsam, als vielleicht auf den ersten Blick angenommen. Die Verweildauer von Patienten im Krankenhaus liegt mit ca. 6 Tagen ähnlich wie die durchschnittliche Aufenthaltsdauer eines Gastes/Kunden, der sich im Ausland im Hotel aufhält. Wenn es sich nicht um einen akuten Unfall handelt, sind beide Aufenthalte meist über einige Tage oder Wochen geplant. Der elektive mündige Patient informiert sich genauso über seine möglichen Krankenhaussorte wie der Hotelgast. Auch Bewertungsportale wie sie im touristischen Umfeld längst üblich sind,

erhalten im Gesundheitswesen Einzug. Die Entscheidungskriterien, warum ein Patient oder Gast eine Auswahl trifft, sind meist subjektiver Art. Natürlich spielen Hartfakten wie Entfernung oder (im Krankenhaus) das medizinische Angebot bzw. (im Hotel) die Ausstattung eine Rolle, aber viel entscheidender für den Menschen sind weiche Faktoren wie Wohlfühlambiente, freundliches Personal etc.

Beide Personengruppen (Patienten wie Gäste) reisen mit einer gewissen Unsicherheit an und wünschen sich freundliche Menschen, die sie willkommen heißen, vor Ort betreuen und auch wieder verabschieden. Wer glaubt, dass sich Gäste im Urlaub weniger beschweren, dem sein gesagt, dass man kaum glauben kann, welche Beschwerden einem alles einfallen, wenn man nichtstehend auf der Liege am Pool liegt; nicht aus der Notwendigkeit heraus, aber aus Langeweile. Für das Personal damit jedoch nicht weniger herausfordernd. Ein großer Unterschied besteht in den angebotenen Dienstleistungen. Ein Hotel kann fast alles anbieten, was der Gast wünscht und wofür er bezahlt. Ein Krankenhaus ist politisch und finanziell an ganz klare Rahmenbedingungen gebunden. Und doch gibt es auch hier viele Spielräume den Patienten Service zu bieten.

Wir könnten nun noch viele weitere Parallelen aufweisen, aber lassen wir es vorerst damit bewenden. Auffallend ist, dass immer mehr Autoren (darunter auch Klinikdirektoren, Chefärzte, Wissenschaftler aus dem Medizinsektor) selbst den Branchenvergleich Hotel und Krankenhaus aufweisen.

*„Die veränderten Ansprüche an die medizinisch-pflegerische Behandlung werden begleitet von einem veränderten Anspruch an den Service im Krankenhaus. Neben einer komfortablen räumlichen Ausstattung werden hotelähnliche Dienstleistungen erwartet. Vor allem möchte der Patient das Gefühl haben, im Mittelpunkt seiner Bestrebungen zu stehen und nicht nur ein Zuschauer am Rande zu sein. Kompetenzen wie Höflichkeit im Umgang und eine angemessene Reaktion auf Beschwerden und Anliegen müssen dabei selbstverständlich sein. Die Mitarbeiter müssen ein grundlegendes Serviceverständnis entwickeln, wie es in der Gastronomie und im Hotelwesen üblich ist.“ (Bostelaar u. Kießling 2010)*

Wenn nun klar ist, welche Bedeutung die Begriffe Dienstleistung, Service und Patientenorientierung im Krankenhaus haben, neigen einige dazu, auch den Begriff Patient durch Kunde oder Gast zu ersetzen. Es ist den meisten bewusst, dass im gesamten Gesundheitswesen der Patient nicht mehr als der Erduldende wahrgenommen und behandelt wird, sondern als Kunde. Jedoch trifft der Kundenbegriff nicht vollständig zu, da die Freiwilligkeit der Dienstleistung sowie das Thema Preis-Leistungs-Verhältnis nicht auf das Gesundheitswesen übertragen werden kann; zumindest nicht für die medizinischen-pflegerischen Leistungen, für die angebotenen Serviceleistungen sehr wohl.

Es geht also gar nicht darum, den Begriff Patient zu verändern oder revolutionieren, sondern um ein Umdenken zu dem sich hinter dem Patient befindenden emotionalen Menschen.



*Entscheidend ist eine Änderung auf Einstellungs-, Verhaltens- und Kommunikationsebene und zwar vom Klinikdirektor bis zur Servicekraft im kompletten Klinikumfeld.*

Und damit erhält auch der Begriff Patientenorientierung seine Berechtigung; Patientenorientierung als „Ausrichtung von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen des Systems der gesundheitlichen Versorgung auf die Interessen, Bedürfnisse und Wünsche des individuellen Patienten“ (Hoefert u. Härter 2010, S. 10).

Diese Orientierung hin zu den Wünschen des Patienten ist nicht neu, aber auch noch nicht sehr alt. Im Jahre 1990 schrieb Johanna Taubert (Professorin für Pflegewissenschaft) die erste fundierte Dissertation über „Die Geschichte der Krankenpflege zwischen Diakonie und Patientenorientierung auf dem Weg zu einem neuen Selbstverständnis“ (Taubert 1992). Und es ist offensichtlich, dass auch 25 Jahre danach dieses Selbstverständnis immer noch keine Selbstverständlichkeit geworden ist, da die Politik und das Management noch immer viel mehr mit strukturellen und ökonomischen Rahmenbedingungen beschäftigt sind, als mit den Menschen, die jeden Tag in so einem Krankenhaus sind; sei es als engagierter Mitarbeiter, sei es als betroffener Patient.

## 1.2 Die Bedürfnislage des Patienten

Wenn man sich an den Bedürfnissen, Interessen und Wünschen des Patienten orientieren will, dann sollte man diese kennen. Und wenn man Serviceorientierung im Krankenhaus leben will, dann sollte man schauen, was man denn wo für wen und für wieviel anbietet. Die einzig sinnvolle Herangehensweise hier ist: Versetzen Sie sich in die Lage Ihrer Patienten! (Fischer 2011, S. 19)

Der amerikanische Psychologe Abraham Maslow (1908–1970) erforschte das Leben erfolgreicher und glücklicher Menschen. Er entdeckte, dass die menschlichen Bedürfnisse nach einer bestimmten Rangordnung eingeteilt werden können. Die einzelnen Stufen zeigen die menschlichen Bedürfnisse – völlig branchenunabhängig – und bauen aufeinander auf. Dieses Modell, die sogenannte Maslowsche Bedürfnispyramide, wird verwendet, um sich die Beweggründe des Handelns und Verhaltens des Menschen zu vergegenwärtigen (s. Abb. 1).

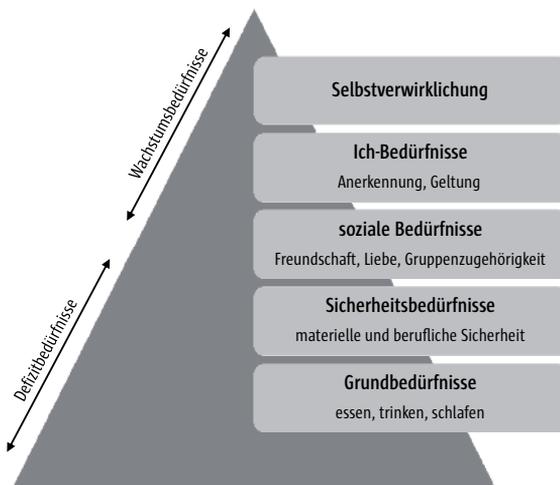


Abb. 1 Bedürfnispyramide nach Abraham Harold Maslow

Diese verschiedenen Bedürfnisstufen sind übrigens branchenübergreifend dieselben: egal ob es sich um einen Menschen handelt, der 6 Tage in ein Hotel nach Italien reist oder ob er sich für 6 Tage wegen einer Knie-OP ins Krankenhaus legt. Was allerdings komplett unterschiedlich ist, ist die Ausprägung der einzelnen Stufen.

Fangen wir mit der untersten Ebene an: den **körperlichen Grundbedürfnissen**. Bereits hier ist der Patient einer 100%-igen Verunsicherung ausgesetzt. Er weiß wie er weiter atmet (es sei denn er muss beatmet werden), aber wer weiß weder wo er schläft, was er wann zu essen bekommt, ob er Schmerzen hat etc. Allein die Themen schlafen und essen, was ja die Grundbedürfnisse aller Menschen – auch außerhalb des Krankenhauses – sind, sind herausfordernd. Da sich der Patient im Krankenhaus oft nicht sein Zimmer bzw. wie im Hotel eine Zimmerkategorie aussuchen kann, wird er in ein Patientenzimmer „geschoben“, wo meist schon mindestens eine weitere Person liegt. D.h. das sonst so private Schlafgemach wird zu einem öffentlichen Bereich, wo wildfremde Menschen liegen und weitere wildfremde Menschen (Klinikpersonal sowie Angehörige der Mitpatienten) ein- und ausgehen. Vielleicht schnarcht dann auch der Mitbewohner oder ist die ganze Nacht wach, hat Schmerzen o.ä. Vielleicht ist das Zimmer nicht so abgedunkelt wie zu Hause und ab 6:00 Uhr sind sie wach, obwohl dann eigentlich noch ihre wertvollste Tiefschlaf-Phase startet.

Mit dem Essen sieht es nicht anders aus. Es gibt das, was Ihnen vorgesetzt wird. Auch wenn immer zwischen 2–3 verschiedenen Gerichten (Vollkost, Schonkost, etc.) ausgewählt werden kann, so ist nicht klar, ob Ihnen das schmeckt geschweige denn gut bekommt; von den Uhrzeiten der Mahlzeiten-Darreichung mal ganz zu schweigen. Und wenn es nicht schmeckt, können Sie es nicht, wie im Restaurant selbstverständlich, zurückgehen lassen. Gerade ältere Menschen sind so an ihre Essensrituale gewöhnt, dass sie bereits hier völlig verunsichert sind.

**Ein Beispiel:** Auf Station 3A eines Frankfurter Krankenhauses liegt eine 82-jährige Dame mit einer bevorstehenden Hüft-OP. Es ist 21:00 Uhr abends und die Dame liegt weinend in ihrem Bett. Auf die Frage der Schwester, die ihren abendlichen Rundgang macht, erklärt die Dame, dass sie seitdem sie denken kann, immer um 21:00 Uhr ein Glas Milch trinkt, da sie damit besser einschlafen kann. Da sowohl die Küche schon geschlossen hat als auch keine Milch auf Station zu finden ist, erklärt die Schwester der Dame, dass das hier nicht möglich sei und sie nicht in einem Hotel sei. Traurig aber wahr!

Die nächste Ebene ist die der **Sicherheitsbedürfnisse**. Hier geht es sowohl um materielle Sicherheit als auch um Schutz vor Krankheiten etc. Der Mensch muss wissen, wovon er seine Miete bezahlt, woher er sein Geld bezieht (ob Arbeitgeber oder Rente etc.), was er zum Leben hat und wie er sich in alle Richtungen absichern kann. Nicht umsonst schließen wir Menschen immer mehr Versicherungen ab für alles und jedes; im festen Gefühl, dann könne uns nichts mehr passieren. Ein Trugschluss: denn eine Versicherung gegen Erkrankungen gibt es nicht. Genauso wenig wie die Garantie sich im Krankenhaus – trotz aller Hygienevorschriften – nicht doch den ein oder anderen Keim oder Infekt einzufangen. Das heißt: abgesehen von der Verunsicherung der untersten Ebene der Grundbedürfnisse gibt es eine große Angst was die Sicherheit im Krankenhaus anbetrifft. Manche Patienten wissen auch nicht wie lange sie krankgeschrieben und damit arbeitsunfähig sind etc. Die Existenzangst bringt also jeder Patient in seinem kleinen Krankenhaus-Gepäck mit.

Menschen, die keine sozialen Kontakte haben, gehen förmlich ein. Der Mensch ist ein soziales Wesen und hat **soziale Bedürfnisse**; damit wären wir bei der dritten Stufe der Bedürfnispyramide. Zuhause ist der Mensch umgeben mit seinen üblichen sozialen Kontaktpersonen: Partner, Familie, Nachbarn, Freunde, Bekannte, etc. Er gehört verschiedenen Gruppen an: der Gruppe der Kindergartenmütter, der Gruppe der Tennismannschaft, dem Stammtisch o.ä. Diese Zugehörigkeiten sind wichtig für uns Menschen und machen einen Teil unserer Identität aus. Nun kommen wir (elektiv oder als Notfall) in ein Krankenhaus. Außer unserem Namen, der Anschrift und dem Geburtsdatum sind wir hier erstmal ein Niemand. Keine Zugehörigkeit, keine Gruppe, keine sozialen Kontakte; und das Handy zu Kontaktaufnahme zur Außenwelt ist auch meist nicht erlaubt. D.h. auch auf dieser Ebene wieder eine totale Verunsicherung. Und vor allem ein Gefühl von Ausgeliefertsein. Hier gibt es keine freie Wahl, wen finde ich nett und mit wem möchte ich mich gern umgeben. Es steht im Dienstplan welche ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter sie von wann bis wann betreuen. Und wenn sie etwas Verbindliches mit der einen Schwester abgesprochen haben, dann ist nicht selbstverständlich dass die nächste das auch weiß. Oder der Arzt aus Osteuropa, der zwar lächelnd, aber völlig unverständliches Deutsch spricht. Hier spielen dann die ganzen Faktoren von Service- und Patientenorientierung, wie Freundlichkeit, Zuverlässigkeit, Vertrauen etc., rein.

Ein Bestreben das diesem menschlichen Bedürfnis nach fester sozialer Kontaktperson entspricht, ist das „primary nursing“, das in einigen deutschen Krankenhäusern mit sehr großem Erfolg für alle Beteiligten praktiziert wird.

### **Beispiel: Primary Nursing**

Primary Nursing (PN) ist ein aus den USA stammendes Pflegeorganisationssystem. Es wurde Ende der sechziger Jahre von Pflegekräften zusammen mit Marie Manthey an einer Universitätsklinik in Minneapolis entwickelt und eingeführt. Seit Mitte der neunziger Jahre gibt es auch in Deutschland vereinzelt Bestrebungen, Primary Nursing umzusetzen, das Interesse an dieser auch „Bezugspersonenpflege“ genannten Organisationsform nimmt aber erst seit wenigen Jahren deutlich zu. Primary Nursing ist gekennzeichnet durch vier Kernelemente:

1. Verantwortung: Übertragung und Übernahme individueller Verantwortung für pflegerische Entscheidungen durch eine Pflegendende
2. Kontinuität: Zuteilung der täglichen pflegerischen Arbeit nach der Fallmethode
3. direkte Kommunikation
4. Pflegeplanender ist zugleich Pflegedurchführender (Manthey 1980; Ersser u. Tutton 2000; Pontin 1999)

Diese **drei unteren Ebenen** (Grundbedürfnisse, Sicherheitsbedürfnisse und soziale Bedürfnisse) sind sogenannte Defizitbedürfnisse. Das bedeutet, dass sobald hier ein Bedürfnis nicht erfüllt ist bzw. eine Verunsicherung besteht, der Mensch ein subjektives Defizit verspürt und mit Angst reagiert. Das ist gar nicht von ihm beabsichtigt, sondern ein psychologischer Vorgang, der so bewusst nicht zu steuern ist. Vor diesem Hintergrund wird vielleicht auch klarer, warum gerade sehr privilegierte Menschen (promovierte Akademiker, Prominente, Reiche etc.) oft besonders „schwierige Patienten“ sind. Denn diese Menschen machen sich in ihrem normalen Leben überhaupt keine Gedanken über diese drei unteren Bedürfnis-Stufen, da diese wie ein selbstverständliches Fundament vorhanden sind. Diese Menschen haben ihr Bewusstsein auf den beiden oberen Stufen, den sogenannten Wachstumsbedürfnissen.

Diese bestehen zum einen aus den **ICH-Bedürfnissen** sowie Bedürfnissen für die **Selbstverwirklichung**. Wenn diese Bedürfnisse während eines Krankenhausaufenthaltes mal pausieren müssen, ist das nicht so bedrohlich wie die Defizitbedürfnisse. Und trotzdem ist es für diese Menschen, von denen es heutzutage einfach immer mehr in der Bevölkerung gibt, mehr als schwierig

- keinen selbstbestimmten Tagesablauf zu haben, sondern warten zu müssen, bis sie dran sind,
- mit den Menschen, die halt gerade Dienst haben, zurechtkommen zu müssen,
- in der Rolle des ausgelieferten Patienten zu sein, der die komplexen Vorgänge und Prozesse nicht zu 100% versteht,
- das und dann zu essen, was serviert wird und
- auch mit Geld nur bedingt etwas im Krankenhaus-Kontext bewirken zu können etc.

Wenn Sie sich nun diese komplette Bedürfnislage der Patienten bewusst machen, werden Sie verstehen, warum diese Patienten (und für die mitleidenden Angehörigen gilt dasselbe) erwarten, dass das medizinische und pflegerische Klinikpersonal freundlich, verbindlich, auf Augenhöhe und verständlich kommuniziert. Gleichzeitig verstehen Sie aber auch, dass die Kommunikations- und Verhaltensfähigkeiten der Patienten stark eingeschränkt sind, da sie sich in einer andauernden angstbesetzten Defizitbedürfnislage befinden.

Allein das zu können, ist schon ein Zeichen von professioneller Patientenorientierung.

### 1.3 Zufriedenheit von Patienten als Wettbewerbsfaktor

Für die Zufriedenheit von Patienten im Krankenhaus ist das Verhältnis zu den behandelnden Ärzten und den betreuenden Pflegekräften entscheidend. Es geht um die Beziehung und die Kommunikation sowie Information zwischen dem Patienten und dem Krankenhauspersonal. Laut der aktuellen Picker Studie ist erwiesen, dass die Pflegepersonal- sowie die Arzt-Patient-Interaktion die zentralen Faktoren der Gesamtzufriedenheit der Patienten ist. Kommunikation, Empathie, Respekt und Information sind für sie um ein Vielfaches wichtiger als das Essen oder die Zimmeratmosphäre. 61% macht dies an der Gesamtzufriedenheit aus.

In dieser wissenschaftlichen Studie des Picker Instituts (Stahl u. Nadj-Kittler 2013) wurden die Rückmeldungen von 111.835 Patienten aus knapp 200 Krankenhäusern in einem Zeitraum von 3 Jahren analysiert. Den größten Handlungsbedarf sehen die Patienten bei der Vorbereitung auf die Entlassung, der Einbeziehung der Familie und der Arzt-Patient-Interaktion; alles Themen, die ihren Fokus auf der ärztlichen Kommunikation und Interaktion mit dem Patienten haben (s. Abb. 2).

Auch diese Faktoren spielen zu 100% in das Thema Patienten- und Serviceorientierung hinein. Die Studie belegt jedoch, dass 50–65% der Ärzte und Pflegekräfte die Unzufriedenheit auf zu wenig Zeit für die Interaktion mit Patienten und Angehörigen legen (Lösungen hierzu s. Sek. I, Kap. 2 „Patientenorientierte Kommunikation“).

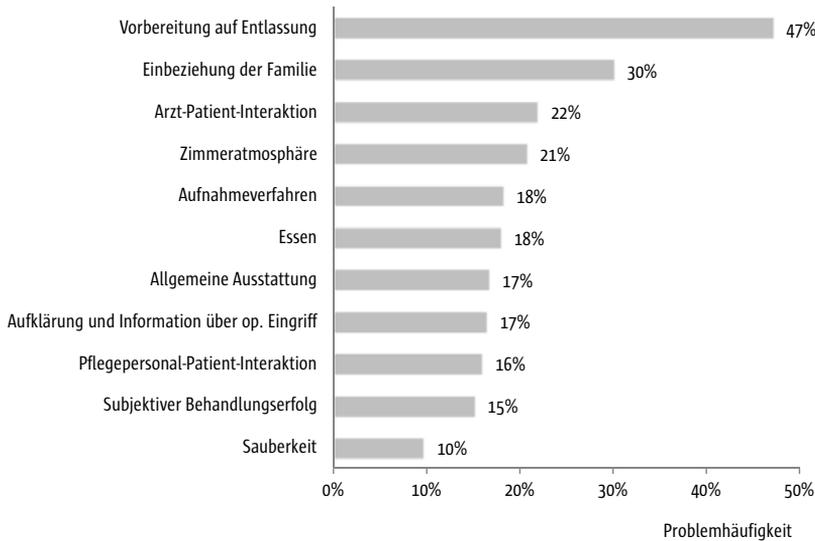


Abb. 2 Problemhäufigkeit aus Sicht der Patienten (Stahl u. Nadj-Kittler 2013). Mit freundlicher Genehmigung der Picker Institut Deutschland gGmbH.

### Medizinisches Fachchinesisch

Oftmals ist es das Bewusstsein über existierende Befindlichkeiten, die das Thema Kommunikation erleichtern, so zum Beispiel auch bei der Nutzung von medizinischen Fachwörtern. Migräne, Rheuma, Fraktur sind Begriffe, die auch ein Laie bzw. Patient versteht. Doch was mit dem weiteren medizinischen Fachchinesisch, mit dem Patienten bei der Arzt-Visite auf Station konfrontiert wird? Da lautet die Diagnose des behandelnden Arztes nach einer Knie-OP am Patientenbett: „Deutliches Knochenmarködem im medialen Tibiakopf, Frakturlinie bis eminentia intercondylaris, caudale Ansatz des Innenbandes ist aufgerieben, Innenmeniskus zeigt eine horizontale Signalanhebung ohne Kontakt zur Grund- und Deckplatte, retropatellar minimale Signalanhebung des Knorpels ...“ (Die Welt 2008).

Der Patient mag von der Fachkompetenz des Arztes überzeugt und beeindruckt sein, verstanden hat er jedoch wahrscheinlich nicht viel.

Eine Studie der Ruhr-Universität Bochum, bei der Germanistik-Studenten über 50 Arztgespräche aufgezeichnet haben, ergab 2008 folgende Erkenntnisse: „Die Fachwörter dienen in gewissen Situationen dazu, den eigenen Status und Wissensvorsprung zu betonen. Besonders bei Diagnose und Therapieempfehlungen wollte der Arzt mit komplizierten Krankheits- und Wirkstoffbezeichnungen seine Vorschläge als wissenschaftlich fundiert darstellen, erläutert der Studienautor Tom Peters. Auch suchten die Ärzte in der Regel erfolgreich, das Gespräch zu steuern und ließen Unterbrechungen durch die Patienten kaum zu; sie sprachen dann einfach lauter oder schneller.“ (Die Welt 2008).

Der Patient wird nach solch einer Visite das Pflegepersonal ansprechen und sich zeitaufwendig erklären lassen, was der Arzt gesagt hat. Somit kommt es nicht nur zu einer unnützen Zeit- und Ressourcen-Verschwendung, sondern auch zu einer asym-

metrischen Beziehung nicht nur zwischen Arzt und Patient, sondern auch zwischen Arzt und Pflegepersonal.



**Eine wertschätzende Zusammenarbeit und Kommunikation auf Augenhöhe zwischen allen im Krankenhaus tätigen Berufsgruppen ist hier entscheidend.**

Da erstaunt es nicht, dass sich vor drei Jahren ein Unternehmen aus einer Studenteninitiative in Berlin heraus gegründet hat; hier können Patienten kostenlos ihren ärztlichen Befund hinschicken und sich diesen von Medizinstudenten höherer Fachsemester in „leicht verständliche Sprache übersetzen lassen“.



**[www.washabich.de](http://www.washabich.de)**

*Unter dieser Webadresse findet sich eine Seite, auf der unverständliche medizinische Befunde kostenlos in für Patienten in leicht verständliche Sprache übersetzt werden. Partner sind Krankenkassen; im Team sind nicht nur Medizinstudenten höherer Fachsemester, sondern auch erfahrene Ärzte.*

Auch dieses Thema führt weg von der Service- und Patientenorientierung, und hin zu einer Verunsicherung des Patienten. Und wenn man bedenkt, dass Verunsicherung und Angst kontraproduktiv für einen erfolgreichen Genesungsprozess sind, dann ist das zu überdenken.

## Die Servicetorte

Nachdem zunächst die (unbewusste) Bedürfnislage beleuchtet wurde, ist es nun an der Reihe, sich die (meist bewussten) Erwartungen der Patienten und der Angehörigen an einen Krankenhaus-Aufenthalt anzuschauen. Denn Patienten, die weniger bekommen, als sie erwarten, sind unzufrieden.

So gibt es eine ganze Menge an sogenannten **Basiserwartungen**, die ein Patient hat. Der Patient erwartet,

- dass ihm medizinisch geholfen wird,
- er einen ordentlichen Befund erhält,
- keine falschen Griffe oder Vorkommnisse bei der möglichen Operation,
- keine zusätzlichen vermeidbaren Infektionen,
- eine ordentliche pflegerische Versorgung,
- ein sauberes Bett,
- Regelmäßige Besuche von Arzt und Pfleger,
- eine leckere Verpflegung und
- Gesundheit.

Dies alles sind die Basisfaktoren der Erwartungshaltung und bilden den untersten Boden der sogenannten Servicetorte.

Diese Basisanforderungen sind alles Leistungskomponenten, die der Patient voraussetzt. Durch Erfüllung dieser Anforderungen lässt sich beim Patienten jedoch besten-

falls ein Gefühl von Unzufriedenheit vermeiden, ein zufriedenheitssteigernder Effekt kann hier nicht erzielt werden. Im Gegenteil: sollte eine oder mehrere dieser Basisanforderungen („das setze ich voraus“) nicht erfüllt werden, dann ist der Patient aufgebracht, wird sich beschweren und sich auch außerhalb der Klinik vielfach negativ darüber äußern.

Wussten Sie eigentlich dass der Mensch positive Erlebnisse bis zu 7-mal weiter erzählt; negative aber bis zu 30-mal? Und wenn wir das heutzutage noch multiplizieren, mit dem Faktor Internet, Facebook, WhatsApp etc. dann kann durch einen Fehler die komplette Klinik in ihrem Ruf geschädigt werden.

Gehen wir aber mal davon aus, alles läuft glatt, die Basisanforderungen Ihres Patienten sind zu 100% erfüllt und sie möchten ihren Patienten zufrieden stellen. Nun kommen die **Zusatzanforderungen** ins Spiel. Diese bilden in Abbildung 3 den Tortenbelag bzw. den Tortenaufbau. Diese Zusatzanforderungen können von Patient zu Patient variieren; Beispiele können sein:

- Aktives Anbieten von Getränken neben dem üblichen Wasser.
- Nette wohnliche Atmosphäre (farbliche Wände, stilvolle Bilder, schöne Vorhänge o.ä.)
- Freundliches Pflegepersonal,
- Verständliches pünktliches ärztliches Personal,
- Eine individuelle Abfrage an verschiedenen Essensmöglichkeiten o.ä.

Was die wichtigsten Zusatzanforderungen Ihrer Patienten in Ihrem Haus sind, werden Sie selbst am besten wissen, bzw. in den Beschwerdebögen nachlesen können. Und wenn Sie diese nicht kennen, dann sollten Sie diese ganz schnell erfragen, denn hiermit können Sie punkten.

Noch mehr Punkte können Sie sammeln, wenn Sie sich im täglichen Umgang mit den Patienten bereits auf der Ebene der **Begeisterungsfaktoren** (also dem Sahnehäubchen) befinden. Diese Faktoren werden in den Trainings der TUI Service Akademie auch oft als die „wow-Faktoren“ genannt, da sie die Patienten zu solch einer Äußerung motivieren. Und hier kommen wir zu der Ebene, wo die Serviceorientierung noch über die Patientenorientierung hinausgeht. D.h. zu der Frage: welche

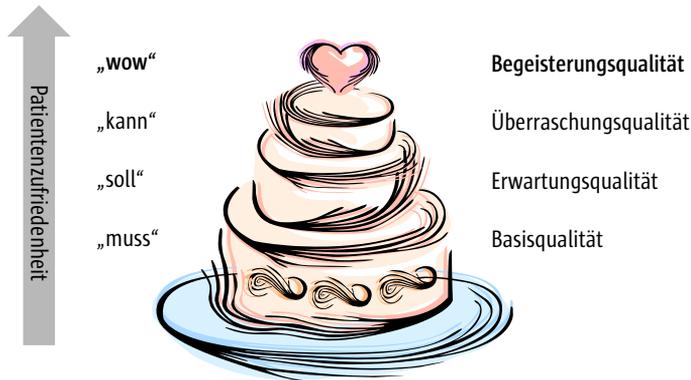


Abb. 3 Servicetorte (TUI Service Akademie 2014)

Serviceleistungen begeistern Ihre Patienten? Hier gibt es zwei Säulen an möglichen Leistungen. Die des „Was“ und die des „Wie“.

Mit dem „Was“ ist gemeint, was biete ich meinen Patienten an, damit sie zufrieden, ja sogar begeistert sind. Dies können Zusatzangebote wie kulturelle Veranstaltungen, mobile Maniküre, Freizeitunterhaltung, Wellnessangebote o.ä. sein; siehe hierzu Sek. II, Kap. 4 „Serviceorientiertes Rahmenprogramm“.

Das „Wie“ ist das, was Sie, (egal ob Sie Klinikdirektor, Chefarzt, Pfleger, Servicekraft oder Empfangs-Mitarbeiter sind) jeden Tag und jetzt und sofort umsetzen können. Und die positive Nachricht: es kostet Sie nichts und es muss auch nicht von „oben“ angeordnet werden. Wir reden hier über Dinge wie:

- Echte Anteilnahme seitens des Klinikpersonals am Wohlbefinden des Patienten,
- aktives Nachfragen nach den Bedürfnissen und Wünschen des Patienten,
- Anwesenheit und freiwillige Verfügbarkeit,
- fröhliches (nicht genervtes) Erfüllen eines „Sonderwunsches“ eines Patienten und
- Aufmerksamkeit sowie Wertschätzung im Gespräch etc.

Ich höre Sie sagen: „Dafür haben wir doch keine Zeit“. Und ich sage Ihnen: „Ein zufriedener Patient wird weniger häufig klingeln, hat weniger Gesprächsbedarf, wird sich weniger bis gar nicht beschweren, als ein unzufriedener Patient.“ Das heißt, wenn Sie ihm „freiwillig“ (bevor es der Patient erwartet) eine dieser menschlichen Serviceleistungen schenken, wird er sie in den nächsten Tagen auch in Ruhe Ihre Arbeit tun lassen. D.h. der kurze Invest an Zeit, Freundlichkeit, individueller Wertschätzung macht Ihrem Patienten und Ihnen das Leben leichter.

Es ist also wichtig – für die Patientenzufriedenheit und Ihre eigenen Ressourcen – herauszufinden womit Sie Ihren Patienten ein Sahnehäubchen bescheren dürfen und das, was mit dem Wald funktioniert, funktioniert auch mit dem Krankenzimmer. „Wie man in das Krankenzimmer hinein ruft, so schallt es heraus!“ (s. hierzu auch Sek. II, Exkurs „Humor im Klinikalltag“).

Genau das sind nämlich die Service-Momente, die Ihre Patienten als besondere Geschenke wahrnehmen und auch draußen weiter erzählen: „Die waren da so freundlich und zuvorkommend zu mir; ich habe mich total wohl gefühlt“. Und so ein Lob macht nicht zur Sie zufrieden, sondern verschafft auch der Klinik ein (kostenlos) positiveres Image und Ihnen den Erhalt des Arbeitsplatzes, was im Rahmen des angedrohten Kliniksterbens ja auch nicht außer Acht gelassen werden kann. Wer hier in der Dienstleistungsdenke noch einen drauf setzen möchte, kann sogar sagen, dass der eigentliche Arbeitgeber der Patient ist. Im Hotel oder Restaurant ist es ja genauso: wenn kein Gast kommt, macht die Bude dicht (s. hierzu Quernheim 2010).

Es geht also um eine Bewusstseinsänderung: Weg von dem Fokus auf die reine Fachkompetenz (die auf gar keinen Fall geschmälert werden darf, denn diese ist im medizinischen Kontext lebensentscheidend). Es muss jedoch etwas hinzugefügt werden und das heißt eben nicht nur reaktives Beschwerdemanagement (was mittlerweile fast jede Klinik hat), sondern ein aktives Zugehen auf die Patienten und Erfragen deren Wünsche und Bedürfnisse; also hin zu einer proaktiven Servicequalitätsverbesserung (s. Abb. 4). Ob es jemals zu einem Gast-Gastgeber-Verhältnis in der Kliniklandschaft kommt, wird sich zeigen. Optimisten behaupten: Ja!

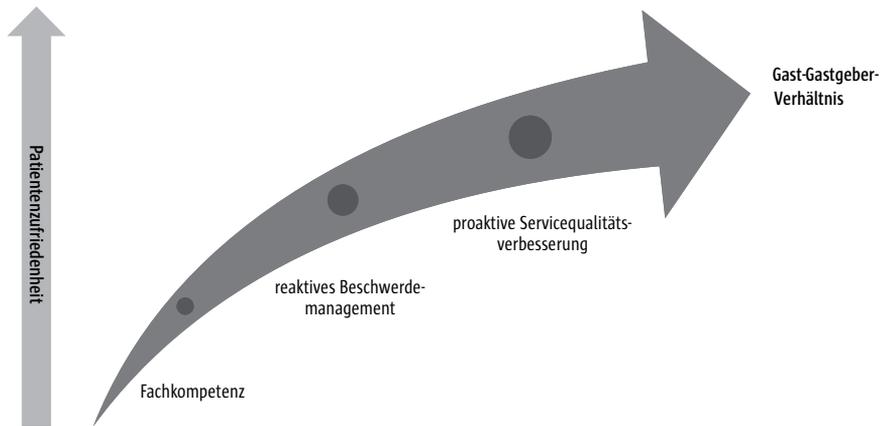


Abb. 4 Proaktive Servicequalitätsverbesserung (TUI Service Akademie 2014)

## 1.4 Schlussbemerkungen

Fazit der obigen Ausführungen ist, dass es sich bei der Patientenorientierung um eine Ausrichtung an den Wünschen des gesamten Menschen handelt, und nicht nur die medizinisch-pflegerischen Aspekte im Fokus sind. Damit sind wir automatisch bei der Serviceorientierung. Wobei unter Service nicht, wie oft im Gesundheitswesen üblich, die reinen Versorgungsleistungen wie das Bringen von Tageszeitungen, das Erfragen der Essenswünsche und das Machen der Betten verstanden wird.

Es geht um einen weiteren Servicebegriff, der eher gleichzusetzen ist mit Wertschätzung, Aufmerksamkeit, Kommunikation (s.o.); d.h. um Wohlfühlfaktoren, um die Zufriedenheit des Patienten zu steigern. Wie in Dienstleistungsbranchen wie z.B. dem Tourismus oder der Hotellerie üblich, wird auch in Krankenhäusern die Zufriedenheit des „Erduldenden“ (und damit ist schon klar, dass dies längst überfällig ist) zum entscheidenden Faktor.

Mehr als jeder zweite Patient wechselt laut Fachpresse das Krankenhaus, obwohl das Klinikpersonal fachlich alles richtig gemacht hat.

## Literatur

- Bostelaar R, Kießling C (2010) Patienten-Service im Krankenhaus. Schlütersche Verlagsgesellschaft Hannover
- Die Welt (2008) Ärzte machen Patienten mit „Fachchinesisch“ mundtot. In: Die Welt vom 12.02.08. URL: <http://www.welt.de/wissenschaft/article1664866/Aerzte-machen-Patienten-mit-Fachchinesisch-mundtot.html> (abgerufen am 04.02.2015)
- Ersser S, Tutton E (2000) Primary nursing – Grundlagen und Anwendungen eines patientenorientierten Pflegesystems. Hans Huber Bern
- Fischer A (2011) 100 Tipps für eine bessere Servicequalität im Krankenhaus, Schlütersche Verlagsgesellschaft. Hannover
- Gunthör J, Fortacz R, Heindl P (2003) Selbstbild und Arbeitszufriedenheit der Pflegenden auf der Intensivstation. INTENSIV-News 4: URL: [http://medicom.cc/medicom-de/inhalte/intensiv-news/entries/1473/entries\\_sec/1486.php](http://medicom.cc/medicom-de/inhalte/intensiv-news/entries/1473/entries_sec/1486.php) (abgerufen am 04.02.2015)
- Hoefert H-W, Härter M (2010) (Hrsg.) Patientenorientierung im Krankenhaus, Hogrefe Verlag Göttingen

- Manthey M (1980) *The Practice of Primary Nursing*. Blackwell Scientific Boston
- Pontin D (1999) Primary nursing: a mode of care or a philosophy of nursing? In: *Journal of Advanced Nursing*, 29 (3), 584–591
- Quernheim G (2010) *Arbeitgeber Patient. Kundenorientierung in Gesundheitsberufen*. Springer-Verlag Berlin
- Stahl K, Nadj-Kittler M (2013) *Picker Report 2013 – Zentrale Faktoren der Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit*. Picker Institut Deutschland Hamburg. URL: [http://www.pickerinstitut.de/assets/content/pdf/Picker%20Report\\_Kurzversion\\_digital.pdf](http://www.pickerinstitut.de/assets/content/pdf/Picker%20Report_Kurzversion_digital.pdf) (abgerufen am 20.8.2014)
- Taubert J (1992) *Pflege auf dem Weg zu einem neuen Selbstverständnis. Berufliche Entwicklung zwischen Diakonie und Patientenorientierung*. Dissertation Universität Hannover 1990. Mabuse-Verlag Frankfurt a.M.
- TUI Service Akademie (2014) *Trainingsunterlagen*. Internes Material (unveröffentlicht)
- ZWP (2013) *Diesen Berufen vertrauen die Deutschen*. In: *ZWP* vom 17. Mai. 2013. URL: <http://www.zwp-online.info/de/zwpnews/gemischtes/branchenmeldungen/diesen-berufen-vertrauen-die-deutschen> (abgerufen am 04.02.2015)

## 2 Patientenorientierte Kommunikation – auch in schwierigen Situationen und Stress

Babette Bendsen

### 2.1 Patientenorientierte Kommunikation – worum geht's?

Überall im Krankenhaus, in gesundheitlichen Einrichtungen und Pflegebereichen wird viel kommuniziert. Von der Patientenaufnahme am Empfang und auf der Station über den Arztkontakt bis hin zur Verwaltung und dem gesamten Pflegebereich gibt es tagtäglich eine Fülle von Kontaktpunkten.

An jedem Kontaktpunkt erlebt ein Patient oder Angehöriger die kommunikative Qualität des „Moments“ und wird darüber einen Eindruck über das gesamte Unternehmen erhalten.

Patientenorientierte Kommunikation bedeutet hier – vereinfacht gesagt – eine Hinwendung zum Gegenüber in der Kommunikation und zwar bezogen auf das Gesundheitswesen im Allgemeinen. Und bezogen auf alle Mitarbeitergruppen, die im direkten Kontakt stehen. Hierzu soll vorab ein gemeinsames Verständnis der Begrifflichkeiten hergestellt werden. Im Folgenden wird der Begriff des „Patienten“ fallweise exemplarisch mit dem Begriff des „Kunden“ gleichgesetzt. Dies erleichtert die Übertragung von grundlegenden Elementen aus der kundeorientierten Kommunikation auf den Begriff des Patienten, des Angehörigen, des Gastes oder auch des Klienten. Den Begriff des „internen Kunden“, der heute in serviceorientierten Branchen vielfach für die Mitarbeiter, Kollegen oder Zusammenarbeitspartner gilt, wird hier zunächst außer Acht gelassen.

Nachfolgend geht es um die Wirkung und Wahrnehmung in der Kommunikation – dies immer vor dem Hintergrund einer professionellen (beruflichen) Begegnung im Patientenalltag.

Wie können wir im Umgang mit Patienten, Gästen und Angehörigen im Gesundheitswesen möglichst so kommunizieren, dass gegenseitige Wertschätzung, Empa-

thie, Verständnis und Klarheit im Miteinander eine deutlich positive Spur hinterlassen? Anders gefragt: Wann können wir von einem professionellen Kommunikationsstil sprechen? Woran erkennen wir ihn? Und was kann uns dieser im alltäglichen Umgang einbringen?

Aus den vielfältigen Erfahrungen unserer Seminarreihen „Service als Chance“ zu Kommunikationsthemen im Gesundheitswesen ist uns immer wieder bestätigt worden, dass viele Mitarbeiter auf diesem Gebiet bereits große Naturtalente sind. Ihre Fähigkeiten beziehen sich hier auf den empathischen und serviceorientierten Umgang mit Menschen allgemein. Dies weniger, weil sie hier besonders viel und intensiv geschult worden sind, sondern mehr aus der natürlichen Wahl ihres Berufes (= Berufung) heraus.

Menschen wollen anderen Menschen helfen! Auf diese einfache Formel lassen sich viele Aspekte der Grundmotivation unserer Teilnehmer aus dem Gesundheitssektor und aus der Pflege zusammenfassen. Wer helfen möchte dient dem anderen und weiß ganz intuitiv um die Bestandteile einer guten Dienstleistung sowie einer patientenorientierten Kommunikation.

Einem Patienten am frühen Morgen mit einem freundlichen Lächeln und einem netten Gruß zu begegnen, erscheint den Allermeisten hier ein ganz natürlicher und selbstverständlicher Bestandteil des eigenen Verhaltensstils zu sein.

Soweit die gute Seite der Nachricht. Den vielfältigen Aussagen unserer Teilnehmer folgend, besteht jedoch auch eine andere Seite. Diese skizziert eine zunehmende Ohnmacht gegenüber den vielen, wachsenden Anforderungen im Berufsalltag. Besonders häufig wird hier genannt, dem zeitlichen und inhaltlichen Druck nicht mehr gerecht werden zu können und auf einmal scheint die Frage eines allmorgendlichen, selbstverständlichen Lächelns am Patientenbett zu einer belastenden Zusatzanforderung für Einzelne werden zu können.

Wie fatal das Ausbleiben solch höflicher Signale gerade im Umgang mit hilfebedürftigen oder angstbesetzten Kunden und Patienten ist, können wir uns alle sehr schnell ausmalen. Ausbleibende Signale und Worte von Höflichkeit und Wertschätzung im Patientenumgang sind unbewusste Verstärker von Angstgefühlen, Unwohlsein sowie Verunsicherung und ein kontraproduktiver Beitrag zu einem erfolgreichen Genesungsprozess. Diese Kette lässt sich spielerisch zu Ende denken. Patienten, die sich nicht gut aufgehoben fühlen

- beanspruchen grundsätzlich mehr Aufmerksamkeit,
- stellen wesentlich mehr Fragen,
- bleiben unter Umständen ungewollt länger,
- kommen auf keinen Fall gerne wieder,
- empfehlen das Krankenhaus niemals positiv weiter,
- geben ihre negativen Erfahrungen im Durchschnitt an fünfzehn weitere Personen weiter und
- bewerten die Klinik schlecht auf Internetportalen.

**! Wer morgens im Patientenumgang den Tag nicht mit einem Lächeln und einem freundlichen Wort beginnt, verkompliziert den Tag – und zwar nachhaltig für alle Beteiligten!**