

Aus der Klinik für Psychiatrie
der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Direktor: Prof. Dr. med. W. Gaebel

**Erhebung von Patientenurteilen zur Erfassung relevanter Variablen und
Indikatoren für eine qualitativ hochwertige Behandlung im Rahmen der
Evaluation stationärer psychiatrischer Behandlung**

Dissertation
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
Der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

vorgelegt von
Guido Pukies

2001

Erhebung von Patientenurteilen zur Erfassung relevanter Variablen und Indikatoren für eine qualitativ hochwertige Behandlung im Rahmen der Evaluation stationärer psychiatrischer Behandlung

Die Erhebung der Patientenzufriedenheit gewinnt im Rahmen der Qualitätssicherung im Bereich der klinischen Versorgung zunehmend an Bedeutung als Outcomevariable bzw. als Qualitätskriterium. Die Untersuchung der Patientenzufriedenheit psychisch Kranker ist in Deutschland im Unterschied zu den USA, Großbritannien und den skandinavischen Ländern noch wenig verbreitet. Ein einheitliches Instrument zur Zufriedenheitsmessung gibt es noch nicht.

Ziel der Arbeit ist es, einen Fragebogen zur Bewertung der stationären Behandlung durch die Patienten zu entwickeln, zu testen und zu untersuchen, welche Faktoren die Patientenbefindlichkeit beeinflussen.

In der Zeit von September bis Oktober 1995 nahmen 85 Patienten, die in den Rheinischen Kliniken auf offenen und geschlossenen Stationen behandelt wurden an einer Befragung teil. Neben den Daten zur Behandlungsbewertung durch die Patienten wurden eine Vielzahl von Patientenvariablen erfaßt, da bisher sehr wenige Untersuchungen über Korrelationen zwischen der Behandlung und dem Behandlungsumfeld sowie der Bewertung durch die Patienten vorliegen.

Betrachtet man die Ergebnisse, so findet sich eine weitgehende Übereinstimmungen mit den aus der Literatur bekannten Ergebnissen.

Die Rolle des Unterbringungsmodus wurde bisher in der Literatur nicht als Faktor, der die Bewertung der Behandlung durch Patienten beeinflusst, untersucht. In der untersuchten Stichprobe zeigten sich deutliche Unterschiede in der Behandlungsbewertung in Abhängigkeit vom Modus der Unterbringung.

In Übereinstimmung mit der Literatur zeigte sich, daß für die Patientenzufriedenheit die psychosoziale Versorgung mit individueller Behandlung und Autonomie sowie positiven Beziehungen zum ärztlichen und pflegerischen Personal vorrangig vor der professionellen und materiellen Versorgung ist.

Unabhängig davon, ob Qualitätskriterien von Patienten oder Experten definiert wurden, lassen sie sich einer materiellen, einer professionellen und einer psychosozialen Dimension zuordnen. Faktoren- und Clusteranalysen verschiedener Befragungsergebnisse haben diese drei Aspekte als wichtigste Zufriedenheits- bzw. Unzufriedenheitsquellen bestätigt. Auch in der aktuellen Befragung ließen sich in der durchgeführten Faktorenanalyse sieben Faktoren ausfindig machen, die sich gut den drei genannten Dimensionen zuordnen lassen.

Durch weit gefaßte Ausschlußkriterien und nachvollziehbare Ergebnisse erscheint mit der „Befragung zur Behandlungsbewertung“ nun eine Möglichkeit gegeben zu sein, unterschiedliche Patientengruppen miteinander zu vergleichen.

Mit dem Fragebogen zur Behandlungsbewertung durch Patienten ist eine einfache Möglichkeit geschaffen worden, die Qualitätssicherung der stationären Versorgung psychisch kranker Patienten auf diesen Bereich auszudehnen. Damit ist zukünftig die Einbeziehung von Patientenurteilen in den Qualitätssicherungsprozeß möglich.

Als Inauguraldissertation gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

**Gez.: Univ.-Prof. Dr. med. Dieter Häussinger
Dekan**

**Referent: Prof. Dr. Gaebel
Korreferent: Prof. Dr. Bach**

Danksagung

Mein Dank gilt meiner Familie – sie weiß wofür.

Herrn Prof. Dr. med. W. Gaebel gebürt für die Bereitstellung des Themas und die Möglichkeit, in den Rheinischen Kliniken dieses Projekt unbürokratisch durchführen zu dürfen, mein Dank.

Frau Dr. rer. soc. Möller-Leimkühler danke ich für die Hilfe bei allen soziologischen Fragen und für ihr ständig offenes Ohr sowie ihre Unterstützung.

Frau Dr. Jänner möchte ich für ihre Hilfe bei der Einführung in die Auswertung mittels SPSS, ihre kritische Sicht des statistisch Machbaren und ihre unerschöpfliche Geduld danken.

Herrn Prof. Dr. Lehmann gilt der Dank für die Hilfe bei Entwicklung des Fragebogens und der Hilfe bei testpsychologischen Fragen.

Für die kritische Durchsicht der Arbeit möchte ich mich bei Herrn Prof. Dr. med. Engel bedanken.

Herrn Prof. Dr. med. Falkai möchte ich besonders danken. Trotz seines enormen Arbeitspensums war es ihm immer möglich, die Arbeit gut zu betreuen. Der Dank gilt neben der hervorragenden fachlichen Begleitung der Arbeit den „Motivationsschüben“, die stets zur rechten Zeit kamen und ohne die diese Arbeit wohl nicht fertig geworden wäre.

Schließlich geht der Dank an die vielen Patienten, die an der Befragung teilgenommen haben. Durch viele Gespräche habe ich viel mehr als nur die „Patientenzufriedenheit“ von ihnen gelernt.

INHALTSÜBERSICHT:

1. Einleitung (Seite 5)
 - 1.1. Zielsetzung
 - 1.2. Stand der Forschung
2. Fragestellung (Seite 21)
3. Patienten und Methoden (Seite 22)
 - 3.1. Entwicklung des Fragebogens zur Behandlungsbewertung durch Patienten
 - 3.2. Patientendokumentationsbogen
 - 3.3. CGI (Clinical Global Impressions)
 - 3.4. Untersuchungsstichprobe
 - 3.5. Durchführung der Untersuchung
4. Ergebnisse (Seite 33)
 - 4.1. Durchführbarkeit einer Befragung zur Patientenzufriedenheit bei akut kranken psychiatrischen Patienten
 - 4.2. Analyse der Behandlungsbewertung
 - 4.3. Ergebnisse der Teilbereiche der Behandlungsbewertung
 - 4.4. Gemeinsame Faktoren der Patientenzufriedenheit bzw. -unzufriedenheit
 - 4.5. Bildung der Kurzform des Fragebogens
5. Zusammenfassung (Seite 103)
 - 5.1. Motivation zur Befragung zur Behandlungsbewertung
 - 5.2. Schaffung eines Untersuchungsinstrumentes
 - 5.3. Eigene Ergebnisse
 - 5.4. Vergleich der eigenen Ergebnisse mit der Literatur
6. Diskussion (Seite 118)
7. Abbildungen und Tabellen (Seite 121)
8. Literaturverzeichnis (Seite 124)
9. Anhang: Beantwortung der Items (Seite 129)
10. Kurzform des Fragebogens zur Behandlungsbewertung (Seite 137)
11. Lebenslauf (Seite 140)

1. Einleitung

1.1. Zielsetzung

Die Erhebung der Patientenzufriedenheit gewinnt im Rahmen der Qualitätssicherung im Bereich der klinischen Versorgung zunehmend an Bedeutung als Outcomevariable bzw. als Qualitätskriterium.

Diese Entwicklung beruht neben klinischen und wissenschaftlichen vor allem auf gesundheitspolitischen und -ökonomischen Aspekten. Zu den medizinsoziologischen und -psychologischen Gründen zählen, daß die objektiven Effektivitäts- und Effizienzkriterien den Behandlungsprozeß oft nicht umfassend umschreiben und sich durch Rezidivraten oder Hospitalisierungsdauer der Behandlungserfolg oft nur mangelhaft abbilden läßt.

In den USA wird der Patient seit längerem nicht mehr als passiver Leistungsempfänger, sondern als „Konsument“ einer medizinischen Dienstleistung angesehen. Die Wandlung der Patientenrolle zum „Konsumenten“, der aktiv eine Dienstleistung in Anspruch nimmt, hat, ausgehend von der consumerism-Forschung bei begrenzten Ressourcen, das Urteil der Patienten als Qualitätskriterium zur Legitimations- und Mittelvergabe entscheidend mitbestimmt.

Die Untersuchung der Patientenzufriedenheit psychisch Kranker ist in Deutschland im Unterschied zu den USA, Großbritannien und den skandinavischen Ländern noch wenig verbreitet. Ein einheitliches Instrument zur Zufriedenheitsmessung gibt es noch nicht.

Ziel der Arbeit ist es, einen Fragebogen zur Bewertung der stationären Behandlung durch die Patienten zu entwickeln, zu testen und anhand dessen zu untersuchen, welche Faktoren die Patientenbefindlichkeit beeinflussen.

Durch den Fragebogen soll nicht nur eine globale Bewertung, sondern auch bereichsspezifische Bewertungen erfaßt werden, da aus der Literatur bekannt ist, daß trotz hoher allgemeiner Zufriedenheit oft in einzelnen Bereichen Unzufriedenheit vorliegt.

Durch die detaillierte Befragung zu einzelnen Aspekten der Therapie und Versorgung soll praxisrelevantes Wissen über die Patientenzufriedenheit gewonnen werden. Anhand der Patientenurteile sollen die von Kelstrup (1993) für die Evaluation des Behandlungsprozesses geforderten „relevanten Variablen und Indikatoren für eine qualitativ hochwertige Behandlung“ erkannt und erfaßt werden, um in der Evaluation des Behandlungserfolges überprüfen und so die Prozeßqualität erhöhen zu können.

Nach Kelstrup et al. (1993) ist dies Bestandteil einer optimalen Evaluation psychiatrischer Versorgung, die nach folgenden Kriterien erfolgen sollte:

- Beschreibung der aktuellen Behandlungsstruktur und Behandlungsprinzipien
- Definition der Therapieziele für verschiedene Patientengruppen
- Erfassung der relevanten Variablen und Indikatoren für eine qualitativ hochwertige Behandlung
- Vergleich der aktuellen Behandlungspraxis mit den definierten Zielen
- Anpassung der Ziele an die Realität und Verbesserung der Behandlungsqualität.

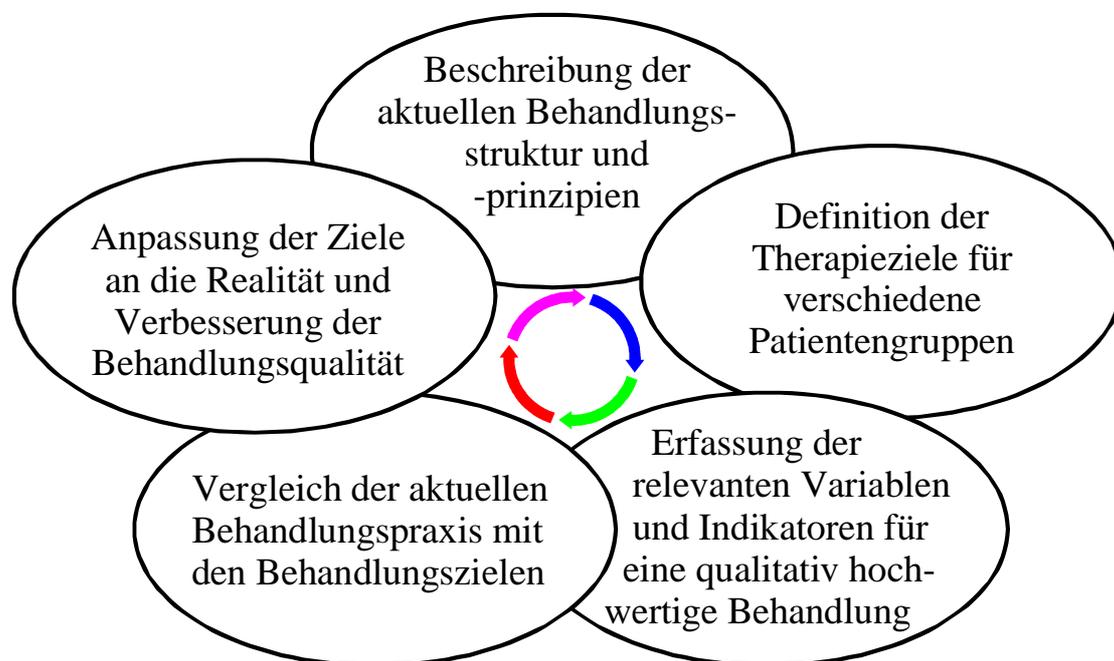


Abbildung 1: Modell der optimalen Evaluation psychiatrischer Behandlung (nach Kelstrup et al.)

1.2. Stand der Forschung

Forschung zur Patientenzufriedenheit

In den letzten Jahren hat die Erfassung von Patientenurteilen in der Evaluation klinischer Versorgung neben medizinischen und ökonomischen Kriterien zunehmend an Bedeutung gewonnen. Wurden früher nur die objektiven Parameter wie Hospitalisierungsdauer, Wiederaufnahmeraten, Nebenwirkungen, Rezidivraten, Folgeerkrankungen oder Überlebenszeit zur Einschätzung der Ergebnisqualität herangezogen, hat das subjektive Patientenurteil als Outcomevariable zunehmend Beachtung gefunden (Gaebel W 1995).

Es gibt wenige Studien über die Zufriedenheit von psychiatrischen Patienten. Die vorhandenen Studien stammen überwiegend aus dem amerikanischen Raum (Böcker FM 1989, Bossert S et al. 1990, Dyck RJ 1983, Elbeck M 1990, Gruyters T 1992, Hansson L 1989, Hansson L 1993, Kallert TW 1991, Kelstrup A 1993, Kordy H 1990, Mac Donald L 1988, Schmidt J 1989, Waniek W 1977, Windgassen K 1989).

Neben den USA und Großbritannien haben Untersuchungen zur Patientenzufriedenheit auch in den skandinavischen Ländern ihren festen Platz als Routineverfahren in der Qualitätssicherung. Das Ziel ist die Erfassung von Qualitätsunterschieden z.B. zwischen Kliniken und ambulanten Versorgungseinrichtungen. Hier sind es vor allem ökonomische und gesundheitspolitische Gründe, die die Entwicklung einer konsumentenorientierten Zufriedenheitsforschung vorangetrieben haben. Der wachsende Konkurrenz- und Legitimationsdruck führte besonders in den USA dazu, daß die Steigerung der Patientenzufriedenheit als Mittel zur Sicherung von Marktanteilen an Bedeutung gewonnen hat. Der Versuch, das Verhalten der Patienten bei der Auswahl einer medizinischen Institution mit Marktforschungsmodellen zu erklären und damit die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen mit der von Wirtschaftsgütern zu vergleichen, ist in den USA nicht ohne Kritik geblieben. Fraglich ist, ob die Patienten über einen ähnlichen Grad an Selbstbestimmung verfügen und ob sie durch ihre Krankheit nicht in ihrer Entscheidung eingeschränkt sind. Die Kritik erscheint auch dadurch berechtigt, daß die meisten Patienten sich an der traditionellen Arzt-Patient-Beziehung orientieren (Lloyd et al. 1991).

Die Erforschung der Patientenurteile ist im Deutschland noch wenig verbreitet (Potthoff 1987; Russ, Wohlmannstetter 1987; Schmidt et al. 1989). In der Literatur finden sich nur wenige Studien zum Urteil psychiatrischer Patienten über ihre Versorgung (Elbeck, Fecteau 1990; Mac Donald et al. 1992; Gruyters, Priebe 1992; Dyck, Azim 1983; Böcker 1989; Schutzwohl, Olbrich 2000; Berghofer et al. 2001; Henkel et al. 2000).

Für den in weiten Teilen der Patientenzufriedenheitsforschung eher exploratorischen Forschungsstand sind eine Reihe von Gründen verantwortlich, unter anderem:

- mangelnde theoretische Fundierung des Konstrukts Zufriedenheit,
- eine Vielzahl schlecht untersuchter Erhebungsinstrumente – ein einheitliches, gut untersuchtes und anerkanntes Erhebungsinstrument fehlt bis heute,
- erhebliche Abweichungen zwischen den einzelnen Studien bezüglich der Ein- und Ausschlusskriterien und damit der Patientenpopulationen sowie der Behandlungssettings und daher mangelnde Vergleichbarkeit,
- meist nicht empirisch begründete Auswahl dessen, was an Zufriedenheit abgefragt wird,
- und schließlich ist die Frage bisher ungeklärt, ob solche Untersuchungen zur Patientenzufriedenheit tatsächlich zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität beitragen.

Trotz recht unterschiedlicher Forschungsansätze ergibt sich immer wieder eine generell hohe Zufriedenheit mit der Behandlung. Diese liegt selten unter 90%, unabhängig von Diagnose und Behandlungsumfeld (Health Service Report 1992; Kolb et al. 2000). Gruyters und Priebe (1994) stellen in ihrem Übersichtsartikel fest, daß bei den meisten Studien nicht angegeben ist, „ob der Untersucher wirklich unabhängig, also nicht selbst in die Behandlung involviert war, und inwieweit das für den Patienten auch ersichtlich war“ und „in welchem konkreten Setting (Klinik, ambulant, allein, in der Gruppe) die Befragung erfolgte“. Daher ist bei vielen Studien die Frage, ob die hohe Grundzufriedenheit ein Artefakt der sozialen Erwünschtheit ist, nicht zu klären. Die hohe Grundzufriedenheit findet sich auch in anderen Bereichen der Zufriedenheitsforschung. Auch in Problemgruppen äußert sich ein durchweg hoher Anteil der Befragten zufrieden (Ipsen 1978). Wird Zufriedenheit als Legitimationsbarometer gewertet, erstaunt diese hohe Grundzufriedenheit. Näher betrachtet, weist die hohe Grundzufriedenheit jedoch auf grundsätzliche Schwierigkeiten der Qualitätsbeurteilung klinischer Versorgung durch die Patienten hin. Zwischen Behandlungsstrukturen und Therapieangeboten einerseits und der Patientenzufriedenheit andererseits finden sich oft widersprüchliche Zusammenhänge.

Die zunehmende Forderung, den Behandlungsprozeß als Qualitätskriterium zu evaluieren, führt dazu, daß bei der Betrachtung der Patientenzufriedenheit häufig ein pragmatisches Vorgehen gewählt wird. Dabei wird häufig theoretisch und methodisch defizitär vorgegangen.

Nicht selten ist das Patientenurteil trotz einer suboptimalen Versorgung positiv (Siegrist 1976). Es finden sich jedoch signifikante Zusammenhänge zwischen Zufriedenheit und Adaptation – unabhängig von objektiven Lebensbedingungen (Franklin et al. 1986).

Werden jedoch detailliert Einzelaspekte der materiellen, professionellen und psychosozialen Versorgung betrachtet, finden sich durchaus Differenzen zu den hohen Werten bei der globalen Zufriedenheit (Raspe 1983).

In den vorliegenden Studien hat sich herausgestellt, daß die psychosoziale Versorgung mit individueller Behandlung und Autonomie sowie positiven Beziehungen zum ärztlichen und pflegerischen Personal als Zufriedenheitsquelle vorrangig vor der professionellen und materiellen Versorgung ist (Abramowitz 1987, Bensing 1991, Elbeck 1990, Elzinga 1991, Hoffmann 1991, Joos 1993, Kövesi 1986, Lemke 1987, Mac Donald 1988, Smith 1992, Weinstein 1979).

Die allgemein sehr positive Bewertung der Qualität der klinischen Versorgung durch Patienten setzt sich aus direkten und globalen Zufriedenheitsäußerungen zusammen, wobei die globalen Zufriedenheitsäußerungen alleine nicht brauchbar sind, um eine Behandlung zu evaluieren. Sobald differenziert nach Einzelaspekten der Versorgung und Behandlung gefragt wird, ergeben sich Diskrepanzen zur Globalbewertung. Mit der Erfassung bereichsspezifischer Bewertungen stellt sich die Frage, welche Bereiche in welcher Gewichtung für die Erklärung der Gesamtzufriedenheit herangezogen werden können. Der subjektive Stellenwert einzelner Versorgungsaspekte unterscheidet sich je nach Untersucherperspektive sehr. Ob die Qualitätskriterien von Experten oder Patienten aufgestellt werden, wirkt sich auf die Validität der Patientenerurteile aus (Hansson et al. 1993; Kai et al. 1993).

Unabhängig davon, ob die Qualitätskriterien von Patienten oder Experten definiert wurden, lassen sie sich einer materiellen, einer professionellen und einer psychosozialen Dimension zuordnen. Faktoren- und Clusteranalysen verschiedener Befragungsergebnisse haben diese drei Aspekte als wichtigste Zufriedenheits- bzw. Unzufriedenheitsquellen bestätigt. Dabei steht für die Patienten die eigentliche Leistung nicht im Vordergrund. Für die Zufriedenheit der Patienten ist wichtiger,

- wie die Leistung erbracht wird (Joos et al. 1993, Smith 1992),
- ob die Erwartungen der Patienten erfüllt werden (Swan et al. 1985),
- ob sich die Patienten individuell behandelt fühlen und sich relativ autonom bewegen können (Elzinga, Barlow 1991; Mac Donald 1988),
- ob positive soziale Beziehungen zum Pflegepersonal bestehen (Elbeck, Fecteau 1990; Weinstein 1979; Lemke 1987; Abramowitz et al. 1987) und
- ob die Arzt-Patient-Beziehung als positiv erlebt wird (Bensing 1991; Hoffmann 1991; Kövesi, Manyi 1986).

Die Ergebnisse der vielfältigen Studien zur Patientenzufriedenheit sind aufgrund der sehr verschiedenen Designs kaum miteinander vergleichbar. Ein einheitliches Instrument zur Erfassung der Patientenzufriedenheit gibt es nicht. Die angewandten Instrumente sind meist wenig überprüft, fragen die zusammenfassende Globalzufriedenheit oder eine ausführliche Liste von einzelnen Behandlungsaspekten ab, es finden sich neben direkten (Health Service Research Group 1992, Linder-Pelz 1985, Ware 1988) auch indirekte Messungen (Hulka 1970, Pope 1978), und schließlich unterscheiden sie sich erheblich in den Befragungszeitpunkten und -methoden.

Auch fehlen immer noch eine theoretische Fundierung, eine standardisierte änderungssensitive Methodik sowie kontrollierte Studien. Das bisherige Vorgehen ist eher pragmatisch ausgerichtet gewesen, wobei teilweise nachgewiesen werden konnte, daß Experten- und Patientenbewertungen oft aufgrund anderer Erfahrungs- und Prioritätenstrukturen auseinanderfallen (Leimkühler, Müller 1996).

Gültigkeit von Patientenzufriedenheitsangaben

In vielen Lebensbereichen ist die Erfassung der Zufriedenheit als Mittel zur Legitimationsvergabe oder des Legitimationsentzugs schon lange etabliert. Hinter der Verwendung von Zufriedenheitswerten als Legitimationsbarometer steht die Hypothese, daß gute Situationen, Verhältnisse und Dinge zu Zufriedenheit führen und umgekehrt aus dem Vorhandensein von Zufriedenheit auf die Qualität der Zustände geschlossen werden kann (Ipsen 1978).

Dieser Umkehrschluß ist jedoch zu kritisieren, da fraglich ist, ob die Antworten das Untersuchte wirklich richtig abbilden. Konkret für die Befragung in medizinischen Bereichen ist zu fragen, inwieweit beispielsweise Antworten im Sinne der „sozialen Erwünschtheit“ das Ergebnis verfälschen. Gerade wenn die Befragung durch Mitarbeiter – eventuell sogar in Interviewform oder nicht anonymisiert – durchgeführt wird, ist fraglich, ob die Patienten Unzufriedenheit thematisieren oder dissimulieren. Das Gültigkeitsproblem nach Holm beschreibt diese Beziehung zwischen theoretischer und empirischer Ebene (Holm 1976).

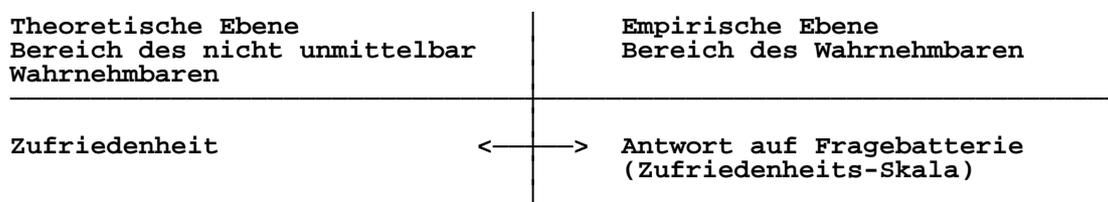


Abbildung 2: Das Gültigkeitsproblem nach Holm (1976)

Eine hohe Zufriedenheitsäußerung läßt sich verschieden interpretieren. So läßt sie sich einerseits als Artefakt der Befragung z.B. durch Antworttendenzen im Sinne sozialer Erwünschtheit interpretieren, andererseits gibt es Erklärungsmodelle, die sie als valides Ergebnis erscheinen lassen.

Die Validität der Zufriedenheitswerte kann durch verschiedene Faktoren eingeschränkt werden. So beobachtet man bei Selbstratingverfahren:

- die Tendenz zu sozial erwünschten Antworten
- die Tendenz, inhaltsunabhängige Antworten zu geben („Bejahungstendenz“)
- die Konfundierung mit der jeweils eingesetzten Skalenart
- die Konfundierung mit psychiatrischer Diagnose und Symptomatik
- die möglicherweise systematische Selektion von non-respondern (Ehnfors, Smedby 1993),
- die Konfundierung mit einer generalisierten Lebenszufriedenheit

Nach Leimkühler und Müller (1996) wäre ein Zufriedenheitsbegriff erst dann als Evaluationskriterium relevant, „wenn er als theoretisches (hypothetisches, latentes) Konstrukt gefaßt würde, das einen affektiven Zustand nicht nur als Epiphänomen, sondern als ein verhaltensregulierendes und verhaltenssteuerndes Element definiert“.

Empirische Untersuchungen hierzu liegen nicht vor, konzeptionelle und methodische Schwierigkeiten sind bislang nicht überwunden worden. Es wird nicht nach unterschiedlichen Bedeutungen von Zufriedenheit differenziert. Ob Zufriedenheit als ein emotionaler Zustand betrachtet wird, der aus einer positiv bewerteten Situation resultiert, als Folge von Rollenerwartungen an Arzt und Patient oder als Ergebnis der Bewältigung einer für den Patienten einschneidenden Situation (Hospitalisierung), ist für die Interpretation der Ergebnisse von zentraler Bedeutung. Auch die Entstehung der Patientenzufriedenheit ist keinesfalls eindeutig. Ob es eine direkte Korrelation zwischen der Patientenzufriedenheit und der Bewertung der Behandlung durch den Patienten gibt, ist bisher nicht aufgezeigt worden. Wie in der Konsumentenforschung von fehlender Unzufriedenheit auf Zufriedenheit zu schließen, ist in der Patientenzufriedenheitsforschung sicher nicht einfach möglich, wenn man das komplexe Geflecht der Interaktionen und Rollen im Behandlungsprozeß nicht völlig ignorieren will. Möglich ist auch, daß die Patientenzufriedenheit maßgeblich aus der Art resultiert, wie der Patient eine Krisensituation –die Erkrankung– bewältigt. Auch hieraus resultiert sicher ein deutlicher Unterschied zur Konsumentenforschung.

Die Zufriedenheit wird von Hofstätter als Funktion von Erwartungen und Bewertungen, modifiziert von sozialen Normen, betrachtet (Hofstätter 1986). Alleine schon durch den Einfluß der „Patientenrolle“ und anderer sozialer Normen läßt sich das einfache Modell der Zufriedenheitsentstehung, wie es aus der Konsumentenforschung bekannt ist, mit Zufriedenheit als Differenz zwischen Erwartungen und Bewertung nicht mehr ohne weiteres auf die

Entstehung von Patientenzufriedenheit übertragen. Für ein besseres Verständnis von Patientenzufriedenheit lassen sich verschiedene theoretische Ansätze zur Zufriedenheitsbildung heranziehen.

Psychologische und soziologische Emotionstheorien

Zur Entstehung von Emotionen gilt der Ansatz von Schachter als einflußreichster Ansatz in der Sozialpsychologie. Für die Entstehung der Zufriedenheit erscheint er jedoch weniger relevant, da Emotionen durch soziale Situationen und ihre Bewältigung und nicht durch starke physiologische Erregung hervorgerufen werden. Auch die psychologischen und psychodynamischen Theorien der Emotionsentstehung schließen soziale Situationen nicht mit ein (Wallbott 1991).

Die kognitive Emotionsentstehung bildet eine Ausnahme. Sie bezieht auch emotionsauslösende Situationen mit ein, indem aus der Bewertung einer Situation entsprechende positive oder negative Emotionen resultieren (Lazarus 1984). Damit kommt die individuelle Interpretation einer Situation als modulierender Faktor zu dem bis dato mehr reflexartigen physiologischen Modell hinzu.

Nach Leimkühler und Müller (1996) wird „der Zusammenhang zwischen emotionsrelevanter Situation und Emotion ... also moderiert durch die subjektive Interpretation oder Bewertung, die als der eigentliche Prozeß der Emotionsentstehung gelten kann.“

Einfluß auf die Bewertung der Behandlung haben auch die traditionelle Patientenrolle und die aus ihr resultierenden sozialen Normen. Von den Patienten wird erwartet, daß sie sich massiv dem Klinikalltag anpassen und – gerade im Bereich der stationären psychiatrischen Versorgung gelegentlich gegen ihren Willen – ihre Autonomie in einem erheblichen Umfang beschränken lassen, den aufgezeigten Behandlungsweg mittragen, negative Affekte kontrollieren und dem Personal – unabhängig vom Therapieverlauf und Behandlungserfolg – dankbar und anerkennend gegenübertreten. So könnten Zufriedenheitsäußerungen Folge der Anpassung an die patiententypischen Gefühlsnormen sein oder die tatsächliche Gefühlslage der Patienten widerspiegeln – eventuell weitgehend unabhängig von den objektivierbaren Behandlungsbedingungen als Ergebnis intrapsychischer Emotionsarbeit oder eines Bewältigungsprozesses (Gerhards 1986).

Sozialwissenschaftliche Zufriedenheitsforschung

Stabile Gruppen einer Gesellschaft unterscheiden sich kaum in ihrer allgemeinen Lebenszufriedenheit (Inglehart 1989). Auch der Vergleich verschiedener Länder bringt kaum differente Zufriedenheitswerte. Die vorhandenen Unterschiede sind nicht auf wirtschaftliche Entwicklungen, sondern auf unterschiedliche kulturelle Normen zurückzuführen. Das „Prinzip der minimalen Variation zwischen Gruppen“ findet sich in vielen Erhebungen zur Zufriedenheit bestätigt. Nur 8-17% der Varianz der Lebenszufriedenheit lassen sich durch soziodemographische Variablen erklären. Diese Befunde finden sich neben der generellen Lebenszufriedenheit auch in Untersuchungen zur bereichsspezifischen Zufriedenheit (Büssing 1983). Daraus läßt sich schließen, daß nicht die objektiven Bedingungen, sondern „die Art und Weise, wie sie subjektiv repräsentiert werden“ wichtiger sind (Leimkühler 1996).

Nach dem Modell des angepaßten Anspruchsniveaus (Campbell et al. 1976) repräsentiert die subjektive Situation einer Person die Differenz zwischen dem individuellen Anspruchsniveau und der wahrgenommenen Situation. Dabei paßt sich das Anspruchsniveau an die wahrgenommene Situation an. Mit diesem Modell lassen sich prima vista paradox wirkende Zufriedenheitsäußerungen bei objektiv ungünstigen Bedingungen erklären.

Neben den aus der individuellen Lebenssituation entstandenen Erwartungen erzeugt auch die Erkrankung Erwartungen. Aus den Erwartungen der Patienten bilden sich Bedürfnisse heraus. Ließe sich die Entstehung von Zufriedenheit einfach aus dem Bereich der Konsumentenforschung übertragen, würden diese im Verlauf der Behandlung entweder erfüllt werden, was zur Zufriedenheit führte, oder die Behandlung bliebe hinter den Bedürfnissen zurück, was Unzufriedenheit verursachen würde. Die Behandlung selbst wäre aber nur ein Teilaspekt der Zufriedenheitsbildung: Sind die Erwartungen der Patienten unverhältnismäßig hoch, kann auch eine objektiv gute Versorgung kaum Zufriedenheit erzeugen. Wären dagegen die Erwartungen der Patienten sehr gering, würden auch suboptimale Bedingungen eine hohe Zufriedenheit der Patienten erreichen.

In einem komparativ-evaluativen Vorgang drücken die Patienten ihre Zufriedenheit als Differenzmaß zwischen einem Soll- und einem Ist-Zustand ihrer Bedürfnisse und Erwartungen sowie ihrer aktuellen und früheren Erfahrungen aus. Die Verarbeitung dieser Soll-Ist-Differenz prägt die Zufriedenheit der Patienten.

Neben dem Interesse an der Patientenzufriedenheit als abhängiger Variable und damit des Behandlungserfolges ist aber auch die Betrachtung der Patientenzufriedenheit als unabhängiger Variable und damit als Parameter, der die Effektivität der Behandlung beeinflusst, interessant (Kelstrup 1993; Donabedian 1980). Die konsumerorientierte Zufriedenheitsforschung („consumerism“-Forschung) in den USA geht darüber hinaus davon aus, daß die Zufriedenheit als unabhängige Variable einen Einfluß auf die Wiederinanspruchnahmerate einer Institution hat.

Ein weiteres Modell zur Entstehung von Zufriedenheit differenziert mehrere Arten von Zufriedenheit, die durch verschiedene psychische Verarbeitungsmechanismen der Differenz zwischen Soll- und Ist-Zustand

bedingt sind (Bruggemann 1974). Es lassen sich progressive und stabilisierte („tatsächlich“) Zufriedene von Pseudozufriedenen sowie fixierte und konstruktiv Unzufriedene (tatsächlich Unzufriedene) voneinander abgrenzen. Die resignierten Zufriedenen, deren Zufriedenheit aus der Senkung des Anspruchsniveaus resultiert, stellen bei entsprechenden Untersuchungen eine große Gruppe dar. So finden sich bei psychiatrischen Patienten unabhängig von objektiven Bedingungen signifikante Zusammenhänge zwischen Lebenszufriedenheit und sozialer Adaptation (Franklin et al. 1986).

Konzepte aus der Wohlbefindensforschung und der Sozialpsychologie

Ein neuer Wissenschaftsbereich, die Wohlbefindensforschung, könnte für die Evaluation der Patientenzufriedenheit wichtig sein, da es Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen der allgemeinen Lebenszufriedenheit und der Patientenzufriedenheit gibt, so daß die Patientenzufriedenheit als Teilbereich der allgemeinen Lebenszufriedenheit angesehen werden kann.

Dabei wird Wohlbefinden oder Zufriedenheit von objektiven und von subjektiv wahrgenommenen Bedingungen beeinflusst. Das Bedingungsgefüge der Interaktionen ist noch nicht genau geklärt. Es lassen sich jedoch personenzentrierte, umweltzentrierte und passungstheoretische Ansätze unterscheiden (Abele 1991).

Nach Mayring (1991) wird Zufriedenheit übereinstimmend als ein durch folgende Prozesse bedingter kognitiver Faktor konzipiert:

- durch die Einschätzung der eigenen Situation
- durch das Abwägen positiver und negativer Gegebenheiten
- durch den Vergleich der aktuellen Situation mit angestrebten Zielen (Erwartungen, Anspruchsniveau)
- durch die Einschätzung der eigenen Situation nach internen und sozialen Vergleichsnormen

Daraus resultiert, daß das in vielen Studien aus dem Bereich der Konsumentenforschung übernommene Modell der Zufriedenheitsentstehung als Funktion lediglich von Bewertung und Erwartung für die Entstehung der Patientenzufriedenheit unvollständig ist (Leimkühler, Müller 1996).

Zufriedenheitsmodell von Hofstätter

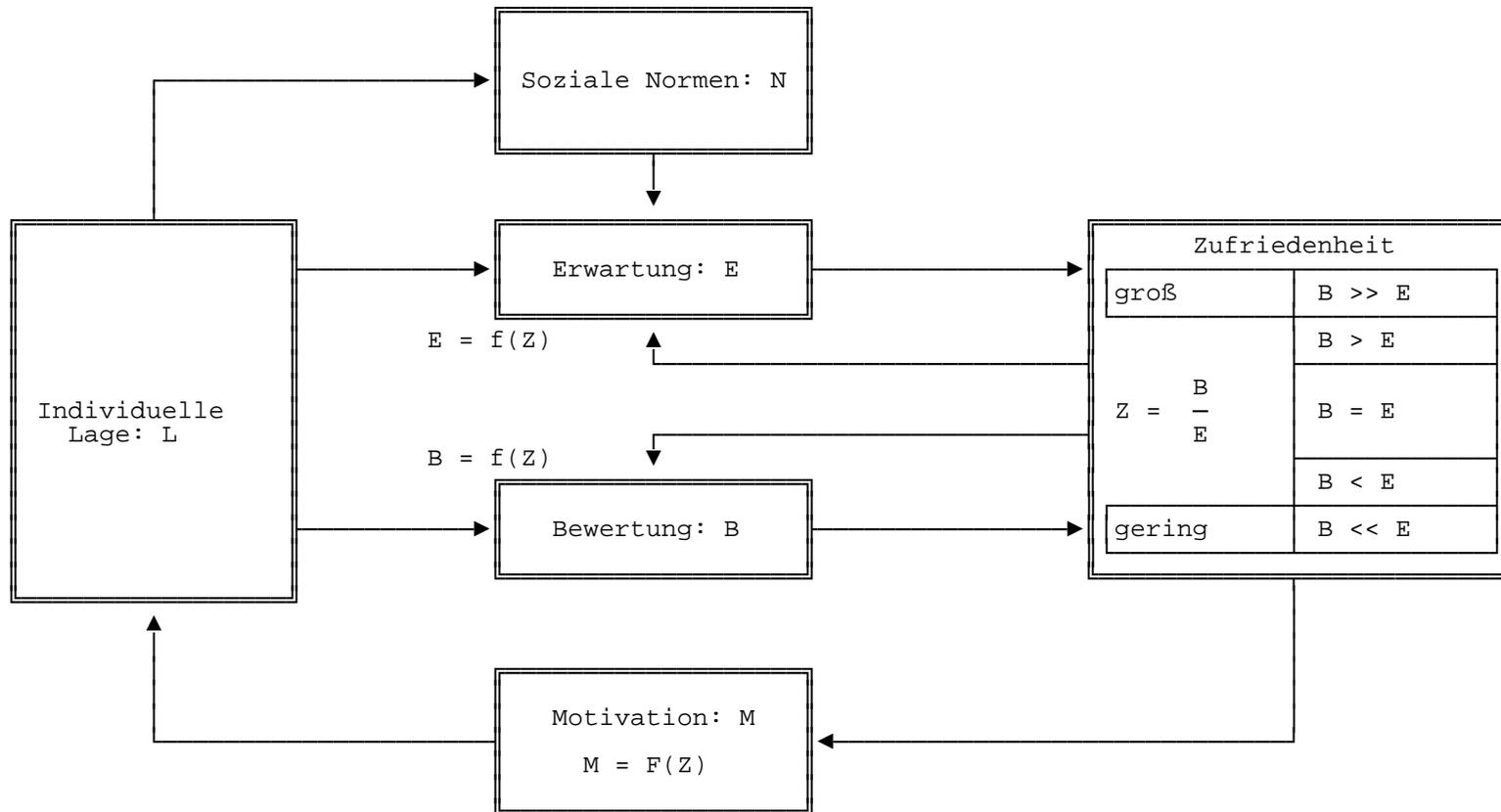


Abbildung 4: Zufriedenheitsmodell (von Hofstätter 1986)

Personenzentrierte Ansätze

Für die Entstehung von Patientenzufriedenheit erscheinen Vergleichsniveau-, Adaptations- und Kompetenztheorien interessant.

Soziale Vergleichstheorien erklären Zufriedenheit mit dem Gefühl, daß es einer Person gleich gut oder besser geht als anderen. Gerade bei einer Störung der eigenen Befindlichkeit kann der abwärtsgerichtete Vergleich die eigene Zufriedenheit erhöhen. Dabei sind abwärtsgerichtete Vergleiche im Gegensatz zu aufwärtsgerichteten Vergleichen nicht durch gesellschaftliche Normen eingeschränkt.

Adaptationstheorien basieren auf dem Konzept, daß aktuelle Erfahrungen mit den früher gemachten Erfahrungen verglichen und bewertet werden. Eine Veränderung wird zunächst zwar zu einem Kontrasteffekt der Zufriedenheit führen, dieser wird sich jedoch im Laufe der Zeit durch Gewöhnung nivellieren.

Anspruchsniveautheorien haben eine ähnliche Ausrichtung, indem sie Erwartung und Ergebnis vergleichen und danach die Zufriedenheit eine Funktion von individuellem Anspruchsniveau und der aktuellen individuellen Situation oder dem Grad der Erfüllung individueller Ziele ist. Danach ist die Zufriedenheit durch ein niedriges Anspruchsniveau leichter, durch ein überhöhtes Anspruchsniveau kaum zu erreichen (Campbell 1976). Auch in diesem Prozeßmodell passen sich die Erwartungen mit der Zeit an die Gegebenheiten an.

Kompetenztheoretische Ansätze sehen Wohlbefinden als Ergebnis erfolgreicher Bewältigung externer Anforderungen, die mit Stärkung des Selbstwertgefühls und Beherrschung negativer Gefühle einhergehen.

Neben den subjektiven Lebensbedingungen spielen – durch die ihnen zugeschriebene subjektive Bedeutung moderierte – objektive Bedingungen eine Rolle für das Wohlbefinden. In ihrer Bedeutung gewichtet erscheinen als zentrale Umweltfaktoren für das Wohlbefinden:

- soziale Beziehungen
- allgemeiner Lebensstandard
- Arbeitsbedingungen

Auch Patienten geben die sozialen Beziehungen zum ärztlichen und pflegerischen Personal vor materiellen Bedingungen als subjektiv wichtigstes Element der Versorgung an. Eine Hospitalisierung ist meist durch eine Krisensituation ausgelöst und stellt – gerade im Falle einer nicht freiwilligen Einweisung – an sich ebenfalls eine weitere einschneidende Veränderung dar, die einen besonderen Bedarf an sozialer Unterstützung und Interaktion befriedigend erklärt.

Die Veränderungen, die mit einer Hospitalisierung verbunden sind, machen passungstheoretische Konzepte interessant für die Betrachtung der

Entstehung von Patientenzufriedenheit. Diese besagen, daß die Übereinstimmung von individuellen Dispositionen oder Bedürfnissen mit den objektiven Bedingungen einer Situation optimale Voraussetzungen für Wohlbefinden sind. Danach wäre Zufriedenheit ein Indikator für eine solche Übereinstimmung. Leider ist im klinischen Alltag eine solche Situation selten. Daraus resultiert, um Unzufriedenheit zu vermeiden oder abzubauen, Interaktion und / oder Anpassung des Patienten. Die durch die Patientenrolle sehr begrenzten Möglichkeiten der Gestaltung der Situation entsprechend den individuellen Bedürfnissen begünstigen eine resignative Anpassung, d.h. eine positive Umbewertung einer eigentlich defizitär erlebten Situation, oder führen zu sozial erwünschten Zufriedenheitsäußerungen bei tatsächlicher Unzufriedenheit. Als Ursache für diese Anpassung kann die Theorie der kognitiven Dissonanz nach Festinger (zitiert nach Frey 1984) herangezogen werden, nach der aus der Inkongruenz von Erwartungen oder Bedürfnissen und Realität eine kognitive Dissonanz entsteht, die zu intrapersonellen Spannungen führt, die entweder durch Akkomodation, also Veränderung der Situation, oder durch Assimilation, also Anpassung der Wahrnehmung der Situation, reduziert wird. Die Assimilation erscheint als der mit der traditionellen Patientenrolle zu vereinbarende Weg, während die Akkomodation zur Bewältigung von Unzufriedenheit infolge einer Hospitalisierung wenig realistisch erscheint.

Als theoretische Konzepte zur Erklärung einer hohen Patientenzufriedenheit können das Modell der kognitiven Dissonanz (Festinger 1978) und das Assimilations-Akkomodations-Modell (vgl. Huber 1983) dienen. Die Patientenäußerungen müssen immer im Rahmen vorgegebener Erwartungs- und Verhaltensmuster, also unter den strukturellen Bedingungen der Patientenrolle, interpretiert werden, die sich als „institutionelle Vereinnahmung“ zusammenfassen lassen (Siegrist 1976). Da die oft hohen Erwartungen der Patienten an die Versorgung und speziell an die Ärzte häufig nicht erfüllt werden, kommt es zu einer kognitiven Dissonanz zwischen den Erwartungen der Patienten und der Realität, die intrapersonelle Spannung und Unzufriedenheit verursacht. Zur Spannungsreduktion und Unzufriedenheitsvermeidung wird z.B. die Dauer der Visiten und ihr Informationsgrad vom Patienten überschätzt. So kommen inkonsistente Zufriedenheitsäußerungen zustande; Patienten sind allgemein mit der Visite zufrieden, wünschen sich aber mehr Information, haben noch Fragen (Erzberger et al. 1989). Grundlage des Assimilations-Akkomodations-Modells ist die Annahme, daß Zufriedenheit auf einem Ausgleich zwischen Person und Umwelt beruht. Der Grad der Zufriedenheit ist dabei durch das Ausmaß bestimmt, in dem dieses Gleichgewicht vorliegt. Zufriedenheit läßt sich nach diesem Modell auf zwei Wegen erreichen: Einerseits durch Anpassung der Umwelt an die Person (Assimilation), was im Bereich der medizinischen Versorgung allgemein und im Bereich der stationären psychiatrischen Versorgung nur begrenzt möglich ist. Andererseits kann Zufriedenheit durch Anpassung der Person an die Umwelt (Akkomodation) erreicht werden. Da es für die Patienten, wenn sie einmal in einer bestimmten Versorgungsstruktur befinden, kaum möglich ist, diese zu verändern oder eine andere Versorgungsstruktur zu wählen, bleibt letztlich nur eine oft resignative Anpassung, aus der eine positive Bewertung der oft defizitär erlebten Realität resultiert.

Zusammenfassend läßt sich Zufriedenheit als komplexer psychosozialer Regulationsprozeß begreifen, der stärker von subjektiven als von objektiven Komponenten geprägt wird. Die Gleichsetzung der Bewertung einer medizinischen Versorgungssituation mit Patientenzufriedenheit ist allerdings zweifelhaft (Williams 1994). Wie beschrieben, ist der Begriff „Zufriedenheit“ nicht einfach durch objektivierbare Parameter bedingt, sondern abhängig von dem beschriebenen Netz aus Erfahrungen, Erwartungen, Rollenverhalten und dem damit verknüpften subjektiven Erleben einer Situation und der daraus resultierenden Gefühlsarbeit. Es erscheint also nicht legitim, aus der erhobenen, durch direktes Befragen leicht meßbaren Bewertung einer Behandlungssituation einfach auf die Zufriedenheit von Patienten rückzuschließen, da die Urteilsbildung und die subjektive Bedeutung der Zufriedenheit für den Patienten unklar bleibt und unter einem gemeinsamen Zufriedenheitsprädikat verschiedene Bedeutungen, wie eine objektive Zufriedenheit, eine resignative (Pseudo-) Zufriedenheit oder eine Vertrauensäußerung bei fehlender Möglichkeit des Patienten, die Versorgungssituation als Laie einschätzen zu können, subsumiert sein können. Daher erscheint eine Trennung der Begriffe „Zufriedenheit“ und „Bewertung“ und ihre Betrachtung als zwei getrennte Dimensionen angezeigt. Denkbar ist, die Zufriedenheit als übergeordnete Dimension, die die Bewertung der Behandlung beeinflusst, aber auch kurzfristig von ihr beeinflusst werden kann, zu betrachten (Leimkühler, Müller 1996). Auch darf nicht aus der Abwesenheit von Unzufriedenheit auf Zufriedenheit geschlossen werden. Da sich in Arbeiten zur Patientenzufriedenheit immer wieder eine Ambivalenz des subjektiven Wohlbefindens zeigt, wonach Zufriedenheitsangaben stets mit Angaben negativer belastender Erfahrungen und Empfindungen gekoppelt sind (Hofstätter 1986), erscheint die Betrachtung von Einzelaspekten der Behandlung notwendig.

Die Einschätzung instrumenteller Leistungen scheint wesentlich davon beeinflusst, wie der Patient die affektive Verhaltenskomponente von Arzt und Pflegepersonal wahrnimmt (Ben-Sira 1980). Die Gesamtzufriedenheit ist nicht nur Summe der bereichsspezifischen Zufriedenheitswerte, sondern auch von der Erfüllung der Patientenerwartungen geprägt (Swan et al. 1985; Lence et al. 1987; Joos et al. 1987; Hall et al. 1993). Erfüllen sich die Erwartungen der Patienten, sind diese zufrieden. Dabei ist die Qualität der Versorgung eher zweitrangig. Die wenigen vorläufigen Befunde gehen dahin, daß Patienten mit geringeren Erwartungen bzw. höherer Erwartungserfüllung zufriedener sind als Patienten mit unrealistisch hohen Erwartungen bzw. geringerer Erwartungserfüllung, wobei jedoch keine lineare Beziehung zwischen den Variablen angenommen werden kann. Um den Einfluß der Erwartungen auf die Patientenzufriedenheit abschätzen zu können und so Zufriedenheitsdaten über die tatsächlich erhaltenen Versorgungsangebote zu gewinnen, ist es sinnvoll, die Patienten kurz nach der Aufnahme über ihre Erwartungen zu befragen, und sie bei oder kurz nach der Entlassung über ihre Beurteilung des stationären Aufenthaltes zu befragen (Mc Millan 1987).

Die differenzierte Interpretation und Verwendung von Zufriedenheitsdaten als objektivem Qualitätskriterium ist nur möglich, wenn Prädiktoren und Einflußgrößen mituntersucht werden. Soziodemographische Variablen sind leicht zu erheben und umfassend untersucht (Hall, Dornan 1990), es finden

sich jedoch inkonsistente Ergebnisse, wobei die Korrelationen schwach oder gar nicht existent sind. Meist wird über eine Korrelation von Alter und Geschlecht mit der Zufriedenheit berichtet, wobei ältere Patienten und Frauen zufriedener als jüngere Patienten und Männer sind. Die aktuelle psychopathologische Symptomatik korreliert bei psychotischer Ausprägung mit Unzufriedenheit. Dagegen liegen für alle untersuchten Patientengruppen keine eindeutigen Ergebnisse zum Einfluß klinischer Variablen wie Diagnose, Schwere der Erkrankung und Hospitalisierungsdauer vor (Hansson 1989; Böcker 1989). In einigen Studien wurde der Behandlungserfolg miterhoben. Hier zeigte sich eine mehr oder weniger starke Korrelation zwischen Behandlungserfolg und Zufriedenheitsgrad (Gruyters, Priebe 1994; Kelstrup et al. 1993; Böcker 1989).

Insgesamt gibt es –trotz einer Fülle von Studien– kein systematisches Wissen über Prädiktoren der Patientenzufriedenheit. Auch eine Typologie zufriedener bzw. unzufriedener Patienten kann nicht konstruiert werden.

Zusammenfassend erscheint der in letzter Zeit zunehmend populäre Begriff der Patientenzufriedenheit problematisch, da das Konzept Zufriedenheit nicht ausreichend reflektiert wird und aus den bisherigen empirischen Untersuchungen der Schluß gezogen werden muß, daß Zufriedenheit eine weitgehend von objektivierbaren Parametern unabhängige „soziale Tatsache“ ist (Leimkühler, Müller 1996), so daß über den Begriff der Patientenzufriedenheit nicht ohne weiteres sinnvoll auf die Bewertung objektiver Sachverhalte rückgeschlossen werden kann.

Die Erfassung der Bewertung einer Behandlungssituation durch Patienten kann dagegen zum Prozeß der Qualitätsverbesserung der Versorgung beitragen. Es bleibt fraglich, ob dabei von der Bewertung einer Situation auf eine tatsächliche Zufriedenheit geschlossen werden kann. Um diese Frage zu klären, bedarf es methodisch aufwendigerer Studien, die nach sozialwissenschaftlichen Kriterien konzipiert sein müßten.

2. Fragestellung

Eine Befragung zur Patientenbefindlichkeit in stationären psychiatrischen Settings setzt die Entwicklung eines geeigneten Fragebogens voraus, da aus kritischer Sicht ein solcher nicht vorliegt. Die Anforderungen an einen solchen Fragebogen sind die differenzierte und damit änderungssensitive Erfassung verschiedener Versorgungsbereiche und die indirekte Erfassung der Patientenurteile in verschiedenen Dimensionen durch einzelne Items, die aufgrund theoretischer und empirischer Kenntnisse zu einem Befragungsinstrument zusammengefaßt wurden.

Mit Hilfe dieses Fragebogens sollen unter den in der Einleitung beschriebenen methodischen Voraussetzungen an einer Patientenstichprobe der Rheinischen Kliniken Düsseldorf folgende Fragen untersucht werden:

- Ist eine differenzierte Erfassung von Patientenurteilen bei psychiatrischen Patienten möglich ?
- Lassen sich objektive Versorgungsmerkmale identifizieren, die die Bewertung durch die Patienten beeinflussen (z.B. der Unterbringungsmodus, Behandlungsmerkmale des stationären Umfeldes) ?
- Welche Rolle in der Bewertung der Behandlung durch die Patienten spielen Patientenvariablen wie die aktuelle Aufenthaltsdauer, die Anzahl der vorhergehenden Hospitalisierungen, soziodemographische Daten, die Krankheitsdauer, die Schwere der Erkrankung oder die Entwicklung der Erkrankung unter der stationären Therapie ?
- Kann durch statistische Analyse eine Kurzfassung des Fragebogens erstellt werden, die als Grundlage zukünftiger Befragungen dienen könnte ?

3. Patienten und Methoden

3.1. Entwicklung des Fragebogens zur Behandlungsbewertung durch Patienten

Der Fragebogen zur Behandlungsbewertung durch Patienten umfaßte in seiner ersten Version 137 Items, die auf der Basis bisheriger Studien zur Patientenzufriedenheit theoretisch und empirisch begründet zusammengestellt wurden.

Der Fragebogen wurde auf den Stationen dem Personal vorgestellt. Die Ergebnisse der Diskussion wurden für eine Überarbeitung des Bogens berücksichtigt.

In einer Pilotphase im Mai 1995 wurde der Fragebogen zur Behandlungsbewertung durch Patienten auf den geschlossenen Stationen 2A und 2D der Rheinischen Kliniken Düsseldorf erprobt.

Nach Auswertung der Pilotphase erfolgte die Überarbeitung des Fragebogens.

Die Ergebnisse der Pilotphase zeigten, daß eine Kürzung des Bogens erforderlich war, um eine größere Patientengruppe erreichen zu können. Daher wurden ähnliche Items gekürzt. Ein Ausgleich wurde dadurch herzustellen versucht, daß am Ende des Fragebogens offene Fragen gestellt wurden. Diese betrafen Aspekte, die für die Zufriedenheit des Patienten wichtig sein könnten, aber im Fragebogen fehlen, sowie Faktoren, die besonders zur Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit beigetragen haben.

Auch wurde auf die Kritik der Patienten eingegangen, die Schrift des Bogens sei stellenweise zu klein gewesen (10-Punkte-Schrift), in dem ein lesefreundlicheres Layout gewählt wurde.

Nach der Umgestaltung des Fragebogens zur Behandlungsbewertung durch Patienten umfaßt dieser ein Deckblatt mit den wichtigsten Informationen zur Befragung sowie sechs Seiten mit 98 Items in großer Schrift. Auf den folgenden Seiten sind Einzelaussagen zu den verschiedenen für die Zufriedenheit der Patienten als wichtig betrachteten Bereichen in Blöcken zusammengefaßt. Hier wurde, um Antworttendenzen entgegenzuwirken, randomisiert, ob eine Aussage positiv oder negativ formuliert sein soll und welche Position sie innerhalb des Fragebogens haben soll. Neben jeder Aussage wird der Patient gebeten anzugeben, wie er der Aussage zustimmt. Für die Bewertung der Aussage stehen die Antwortmöglichkeiten „stimmt voll“, „stimmt überwiegend“, „unentschieden“, „stimmt eher nicht“ oder „stimmt gar nicht“ zur Verfügung.

Bei einigen Therapieangeboten, mit denen nicht unbedingt alle Patienten Erfahrungen gemacht haben, besteht die Möglichkeit „entfällt“ anzukreuzen.

Die Items sind in Gruppen von 3 bis 10 Items unterteilt. Die Items fragen folgende Bereiche ab:

Übersicht über die Items des Fragebogens zur Behandlungsbewertung durch Patienten:

Bereich	Anzahl der Items	Anzahl der Items im Pretestfragebogen
Station	13	22
Ärztliches Personal	13	14
Nichtärztliches Personal	12	13
Medikamente	13	22
Information / Kommunikation	19	22
Autonomie	11	13
Therapie	3	9
Urteil	9	10
Sonstige	6	8
Patientenzufriedenheitsbogen	99	133

Tabelle 1: Fragebogen zur Behandlungsbewertung durch Patienten - Itemübersicht

Offene Fragen

Zum Ende des Bogens werden die Patienten befragt, welche für die eigene Zufriedenheit wichtigen Faktoren im Bogen fehlen. Außerdem wird nach möglichen Verbesserungen gefragt und danach, womit der Teilnehmer besonders zufrieden bzw. besonders unzufrieden gewesen ist und was er von der Befragung hält.

„Wenn Sie nicht alle Fragen beantwortet haben, warum nicht?“

„Was wurde in diesem Fragebogen nicht gefragt, was für Ihre Zufriedenheit wichtig ist?“

„Was kann aus Ihrer Sicht verbessert werden?“

„Womit waren Sie besonders zufrieden?“

„Womit waren Sie besonders unzufrieden?“

„Was halten Sie von dieser Befragung?“

Items, geordnet nach Bereichen (Ziffer kennzeichnet die Position innerhalb des Bogens; ♦ kennzeichnet Items, die nicht ausgewertet wurden)

Station Struktur der Station, Tagesablauf, Essen (13/22 Items ausgewertet)

- 1 ♦ Die Wäsche ist sauber.
- 2 ♦ Ich fühle mich durch das Rauchen gestört.
- 4 Auf der Station habe ich genug Privatsphäre.
- 8 ♦ Es ist sinnvoll, daß Patienten in der Psychiatrie alltägliche Aufgaben, wie Betten beziehen und den Tisch decken, selber verrichten.
- 10 Die Besuchszeiten liegen ungünstig.
- 11 Es sind zu wenig Duschen und Bäder vorhanden.
- 13 Nachts ist es auf der Station zu unruhig.
- 17 Die Belüftung der Zimmer ist schlecht.
- 19 ♦ Das Essen ist von guter Qualität.
- 21 Das Essen ist zu eintönig.
- 26 Die hygienischen Verhältnisse der Station lassen zu wünschen übrig.
- 27 Toiletten sind ausreichend vorhanden.
- 29 Beschilderungen und Wegweiser auf Station sind hilfreich.
- 32 ♦ Die Fernsehmöglichkeiten sind gut.
- 46 Die Klinik ist modernisierungsbedürftig.
- 50 Die Station ist sauber.
- 51 ♦ Die Möglichkeiten zu telefonieren sind unzureichend.
- 63 ♦ Die Essenszeiten sind günstig.
- 71 ♦ Mit meinem Bett bin ich zufrieden.
- 74 Es gibt auf Station zu wenige Gemeinschaftsräume.
- 93 Die Besuchszeiten reichen aus.
- 95 ♦ Es gibt hier zu wenige Aufenthaltsmöglichkeiten für Nichtraucher.

Ärztliches Personal (14 Items, davon 13 in der Auswertung)

- 5 Der Arzt spricht mit mir ausführlich über meine Erkrankung.
- 7 Einige Ärzte dieser Klinik haben einen weniger guten Ruf.
- 12 Die Ärzte interessieren sich für meine Fragen und Sorgen.
- 14 Ich habe häufig etwas an den Ärzten auszusetzen.
- 15 Ich werde so weit wie möglich vom Arzt in die Entscheidungen über meine Behandlung einbezogen.
- 18 Die Ärzte sind gut ausgebildet.
- 22 Die Ärzte bleiben auch in kritischen Situationen ruhig.
- 23 ♦ Einige Ärzte dieser Klinik genießen einen guten Ruf.
- 48 Die Ärzte tun nur das Nötigste.
- 59 Die Erklärungen der Ärzte sind gut verständlich.
- 64 Das Verhältnis der Ärzte zu den Patienten ist gut.
- 68 Ich fühle mich von den Ärzten verstanden.
- 73 Oft haben die Ärzte zu wenig Zeit, auf meine Sorgen und Wünsche einzugehen.
- 90 Es kommt öfter vor, daß sich Patienten über Ärzte beschweren.

Nichtärztliches Personal (13 Items, davon 12 in der Auswertung)

- 3 Die Betreuung durch Sozialarbeiter ist schlecht.
- 28 Das Pflegepersonal hier ist schlecht ausgebildet.
- 33 Die Erklärungen der Schwestern und Pfleger sind oft schlecht verständlich.
- 36 Die Schwestern und Pfleger erklären mir stets, wozu die Medikamente sind, die sie mir geben.
- 44 An den Schwestern und Pflegern habe ich oft etwas auszusetzen.
- 49 Wenn man sie braucht, sind die Schwestern und Pfleger für einen da.
- 53 Die Pflegekräfte haben ein gutes Verhältnis zu den Patienten.
- 54 Die Pflegekräfte tun nur das Nötigste.
- 57 Ich fühle mich vom Pflegepersonal verstanden.
- 81 ♦ Der Krankenhausesseelsorger hilft mir in meiner Situation.
- 87 Die Pflegekräfte stehen oft unter Zeitdruck.
- 95 Der Sozialdienst hilft mir, meine Probleme in den Griff zu bekommen.
- 98 Schwestern und Pfleger bleiben auch in kritischen Situationen ruhig.

Medikamente (9 Items, alle in der Auswertung)

- 24 Die Medikamente helfen mir, mich gesünder zu fühlen.
- 25 Über meine Medikamente wird mit mir zu wenig gesprochen.
- 30 Mir werden Medikamente, von denen ich eine Besserung erwarte, vorenthalten.
- 36 Die Schwestern und Pfleger erklären mir stets, wozu die Medikamente sind, die sie mir geben.
- 39 Mir werden zu viele Psychopharmaka verabreicht.
- 42 Die Nebenwirkungen der Medikamente überwiegen für mich den Nutzen.
- 72 Die Dosierung meiner Medikamente ist genau richtig.
- 86 Die Dosierung meiner Medikamente wird mit mir besprochen.
- 88 Über Nebenwirkungen der Medikamente hat der Arzt mich gut informiert.

Information / Kommunikation (22 Items, davon 19 in der Auswertung)

- 5 Der Arzt spricht mit mir ausführlich über meine Erkrankung.
- 6 ♦ Über Möglichkeiten der Weiterbehandlung nach der Entlassung bin ich gut informiert.
- 20 ♦ Der Kontakt zu den Mitpatienten ist gut.
- 25 Über meine Medikamente wird mit mir zu wenig gesprochen.
- 33 Die Erklärungen der Schwestern und Pfleger sind oft schlecht verständlich.
- 34 Ärzte und andere Mitarbeiter arbeiten schlecht zusammen.
- 36 Die Schwestern und Pfleger erklären mir stets, wozu die Medikamente sind, die sie mir geben.
- 38 Meine Angehörigen werden ausreichend in meine Behandlung einbezogen.
- 40 Oft kann ich den Gesprächen bei der Visite kaum folgen.
- 47 Meine Angehörigen erhalten zu wenig Informationen.
- 57 Ich fühle mich vom Pflegepersonal verstanden.
- 59 ♦ Die Erklärungen der Ärzte sind gut verständlich.
- 64 Das Verhältnis der Ärzte zu den Patienten ist gut.
- 68 Ich fühle mich von den Ärzten verstanden.
- 73 Oft haben die Ärzte zu wenig Zeit, auf meine Sorgen und Wünsche einzugehen.
- 75 Auf meine Entlassung bin ich kaum vorbereitet.
- 76 Personal und Patienten haben ein schlechtes Verhältnis zueinander.
- 78 Ich habe nach der Visite oft noch Fragen.
- 84 Bei der Visite wird mehr über die Patienten gesprochen als mit ihnen.
- 88 Über Nebenwirkungen der Medikamente hat der Arzt mich gut informiert.
- 89 Über Rehabilitationsmöglichkeiten bin ich umfassend informiert.
- 94 Die Visite ist oft zu kurz.

Autonomie (13 Items, davon 11 in der Auswertung)

- 2 Ich fühle mich durch das Rauchen gestört.
- 4 Auf der Station habe ich genug Privatsphäre.
- 8 Es ist sinnvoll, daß Patienten in der Psychiatrie alltägliche Aufgaben, wie Betten beziehen und den Tisch decken, selber verrichten.
- 10 Die Besuchszeiten liegen ungünstig.
- 13 Nachts ist es auf der Station zu unruhig.
- 15 Ich werde so weit wie möglich vom Arzt in die Entscheidungen über meine Behandlung einbezogen.
- 16 Ich werde in der Therapie gegen meinen Willen zu Dingen gedrängt.
- 30 Mir werden Medikamente, von denen ich eine Besserung erwarte, vorenthalten.
- 31 ♦ Alle Untersuchungen sind notwendig.
- 39 Mir werden zu viele Psychopharmaka verabreicht.
- 45 ♦ Ich kann mich innerhalb der Station frei bewegen.
- 55 Der Tagesablauf auf Station engt mich zu sehr ein.
- 61 Der feste Tagesablauf hilft mir, mit meiner Erkrankung klar zu kommen.

Therapie (9 Items, davon 3 in der Auswertung)

- 35 ♦ Die Arbeitstherapie hilft mir, mich auf die Zeit nach der Entlassung vorzubereiten.
- 52 Es werden genügend Einzelgespräche angeboten.
- 56 ♦ Die therapeutischen Gruppen finden zu selten statt.
- 60 Die Einzelgespräche helfen mir.

- 66 ♦ Die Beschäftigungstherapie hilft mir, mit meiner Erkrankung klarzukommen.
- 69 ♦ Die Beschäftigungstherapie ist mir zu anstrengend.
- 70 Mir werden in der Therapie Lösungsansätze für meine Probleme vermittelt.
- 83 ♦ Die Arbeitstherapie strengt mich zu sehr an.
- 91 ♦ Die therapeutischen Gruppen helfen mir, mit meiner Erkrankung fertig zu werden.

Urteil (10 Items, davon 9 in der Auswertung)

- 9 Ich würde mich wieder hier behandeln lassen.
- 41 Die Klinik hat einen schlechten Ruf.
- 58 Ich bin mit dem Behandlungserfolg zufrieden.
- 62 Ich werde hier wirklich als Einzelperson behandelt.
- 67 Der Aufenthalt in dieser Klinik dauert meistens länger als nötig.
- 75 Auf meine Entlassung bin ich kaum vorbereitet.
- 79 Ich bin mit meiner Krankheit hier gut aufgehoben.
- 80 ♦ Viele Patienten werden zu früh entlassen.
- 92 Ich habe von der Behandlung profitiert.
- 96 Insgesamt bin ich mit der Behandlung zufrieden.

Sonstige (8 Items, davon 6 in der Auswertung)

- 31 Alle Untersuchungen sind notwendig.
- 37 Ich werde zu oberflächlich untersucht.
- 43 ♦ Ich möchte, daß meine Angehörigen in einer Angehörigengruppe mitmachen.
- 47 Meine Angehörigen erhalten zu wenig Informationen.
- 65 Vor Untersuchungen muß ich oft lange warten.
- 77 ♦ Die Angehörigengruppen helfen meiner Familie und mir.
- 82 Mit meinen sozialen Problemen stehe ich alleine da.
- 85 Der Nichtraucherchutz wird übertrieben

3.2. Patientendokumentationsbogen

Im Patientendokumentationsbogen werden Angaben zur Befragung (Station, Datum) und zum Patienten (Geburtsjahr, Geschlecht, familiäre Situation, Wohnsituation, Schulabschluß, Ausbildung und berufliche Situation) erfaßt. Ferner wird die Einweisungsart, Einweisungs- und aktuelle Diagnosen, ein vorausgegangener Suizidversuch und die aktuelle Medikation erfaßt. Dabei wurden die Diagnosen entsprechend der internationalen Klassifikation der psychiatrischen Krankheiten – ICD – (9. Revision) von den behandelnden Ärzten kodiert und in den Patientendokumentationsbögen erfaßt.

Daneben wird auch die bisherige Hospitalisierung dokumentiert (Anzahl bisheriger Hospitalisierungen allgemein und in der Rheinischen Kliniken Düsseldorf, kumulierte Hospitalisierungsdauer in Monaten, Dauer des aktuellen Aufenthaltes und Krankheitsdauer in Jahren seit Erstdiagnose).

3.3. CGI (Clinical Global Impressions)

In einem möglichst engen zeitlichen Zusammenhang mit dem Ausfüllen des Patientenzufriedenheitsbogens wurde durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte zu jedem Patienten eine Einschätzung der Krankheitssituation, Krankheitsentwicklung und der Medikation sowie ihrer unerwünschten Nebenwirkungen durchgeführt.

Dazu wurde der klinische Gesamteindruck mittels einer Fremdbeurteilungsskala eingeschätzt, die vom National Institute Of Mental Health innerhalb der PRB Collaborative Schizophrenia Studies entwickelt wurde. Die Skala dient zur Nutzen-Risiko-Bewertung der medikamentösen Therapie psychisch Kranker. Der behandelnde Arzt beurteilt nacheinander den Schweregrad der Erkrankung, den Heilungsverlauf sowie die therapeutische Wirksamkeit (gewünschte und unerwünschte Arzneiwirkung). Der Arzt hat dabei seine gesamte Erfahrung mit dieser Patientengruppe bei der Beurteilung mit einzubeziehen.

Der CGI wurde zwar für die Beurteilung von schizophrenen Patienten entwickelt, kann aber bei allen Patientengruppen angewandt werden und eignet sich auch für Verlaufsbeschreibungen.

Die Skala besteht aus drei Items. Die ersten beiden Items enthalten jeweils sieben Antwortrubriken und eine Rubrik „nicht beurteilbar“. Das dritte Item ermöglicht die Ermittlung eines „Wirksamkeits-Index“, der die Beeinträchtigung des therapeutischen Effektes der medikamentösen Therapie durch das Auftreten von unerwünschten Wirkungen angibt.

Zur Reliabilität und Validität existieren keine Angaben. Die hohe Augenschein-Validität (leicht einsichtige, aber empirisch nicht notwendig verifizierte Validität) sprechen für den Einsatz der Skala, verleiten jedoch eventuell zu weitreichenden Interpretationen.

3.4. Untersuchungsstichprobe

In der Zeit vom 07. September bis 07. Oktober 1995 wurden nach Überarbeitung des Patientenzufriedenheitsbogens im Anschluß an die Pilotphase die in Frage kommenden Patienten angesprochen, ob sie zur Teilnahme an der Befragung bereit wären.

Befragt wurden die Patienten der akupsychotherapeutischen geschlossenen Aufnahmestationen im Haus zwei (Stationen A, B und D), sowie die Patienten der milieutherapeutisch ausgerichteten offenen Stationen 2 E, 13 C und D sowie 14 G und H der Rheinischen Kliniken Düsseldorf.

Ausschlußkriterien waren: Hospitalisierung kürzer als drei Tage, akut psychotische Symptomatik, Fixierung, Minderung der intellektuellen Leistungsfähigkeit und Sprachprobleme. Allen übrigen Patientinnen und Patienten wurde das Projekt vorgestellt. Nicht ausgewertet wurden die Daten derjenigen Patienten, die zwar an der Befragung teilnehmen wollten, aber nicht damit einverstanden waren, daß medizinische und soziodemographische Daten von ihnen erfaßt und ausgewertet werden sollten.

85 von 150 im Untersuchungszeitraum (07. September bis 07. Oktober 1995) angesprochene Patienten erfüllten die Stichprobenkriterien. Ausgeschlossen wurden 12 Patienten, die sich weniger als drei Tage in stationärer Behandlung befanden, 21 nicht befragbare Patienten (von denen vier zunächst teilnahmen, dann aber abgebrochen hatten), 8 Patienten schieden wegen Sprachproblemen aus und 24 der angesprochenen Patienten lehnten eine Teilnahme ab.

3.5. Durchführung der Untersuchung

3.5.1. Pilotphase

In einer Pilotphase im Mai 1995 wurde der Fragebogen zur Behandlungsbewertung durch Patienten auf den geschlossenen Stationen 2A und 2D der Rheinischen Kliniken Düsseldorf erprobt.

Allen in Frage kommenden Patientinnen und Patienten wurde das Projekt stationsweise bei der jeweiligen Stationsversammlung durch den Untersucher vorgestellt. Dabei wurde besonderer Wert darauf gelegt, daß deutlich wurde, daß die Teilnahme an der Befragung freiwillig ist, kein verborgener Test oder Teil der Behandlung ist und auch keinen Einfluß auf die Behandlung oder die Verweildauer hat. Auch wurde betont, daß eine Nichtteilnahme keinerlei Nachteile für die Patienten hat. Weiterhin wurde erklärt, daß die Befragung anonym verläuft, die Ergebnisse nur als Gesamtergebnis und nicht als

Einzelergebnisse zugänglich werden, keine Rückverfolgung der Antworten einzelner Patienten möglich ist. Daneben stellte sich der Interviewer als von den Rheinischen Kliniken Düsseldorf und damit von der Behandlung unabhängiger Untersucher vor. Dann wurden die Patienten gefragt, ob sie damit einverstanden sind, daß einige soziodemographische Daten aus ihren Krankenakten erfaßt und ebenfalls anonym ausgewertet werden.

Nachdem das Projekt den Patienten vorgestellt worden war, wurden an diejenigen Patienten, die teilnehmen wollten, die Fragebögen verteilt.

Am folgenden Tag wurden die ausgefüllten Bögen vom Untersucher eingesammelt, ohne daß das Personal die Unterlagen einsehen konnte, und aus den Krankenakten wurden die notwendigen Daten in die Dokumentationsbögen übertragen. Da die Patientenbögen und Dokumentationsbögen fortlaufend gleich nummeriert waren, war eine Zuordnung der Daten zu den Befragungsergebnissen möglich, ohne die Bögen mit den Patientennamen zu kennzeichnen.

An der im Mai 1995 auf den geschlossenen Aufnahmestationen durchgeführten Pilotphase nahmen 30 Patientinnen und Patienten teil. Etwa ebenso viele Patienten erfüllten nicht die Einschlusskriterien oder waren nicht zur Teilnahme an der Befragung bereit.

Besonders unter den akut kranken Patienten gestaltete sich die Rekrutierung der Testteilnehmer schwierig. Neben einer hohen Rate von schwer kranken Patienten war auch der zeitliche Umfang der Befragung ein limitierender Faktor. Mit 15 Din-A-4 Seiten waren auch viele der Patienten, die sich für die Befragung interessierten und an ihr teilnehmen wollten, überfordert. Viele Patienten brauchten für das Ausfüllen der Bögen zwischen 45 und 60 Minuten, einige Patienten sogar noch länger. Einige Patienten bemühten sich, waren aber nicht in der Lage, sich so lange zu konzentrieren, so daß von den 30 ausgeteilten Bögen nur 12 komplett und richtig ausgefüllt wurden.

3.5.2. Befragung zur Behandlungsbewertung durch Patienten

In der Zeit vom 07. September bis 07. Oktober 1995 erfolgte nach Überarbeitung des Fragebogen im Anschluß an die Pilotphase die Befragung zur Behandlungsbewertung durch Patienten.

Wie in der Pilotphase wurde zunächst eingehend über die Modalitäten der Befragung informiert. Anschließend wurden die Patienten gebeten zu überlegen, ob sie bereit wären, an der Befragung teilzunehmen.

Dabei wurde noch einmal betont, daß weder Informationen über die Teilnahme an der Befragung, noch inhaltliche Einzelheiten den Ärzten oder dem Personal zugänglich gemacht würden. Dies erschien sinnvoll, da einige Patienten in der Pilotphase Befürchtungen verlauten ließen, daß ihre Bögen dem Personal zugänglich gemacht würden und damit Einfluß auf ihre Behandlung haben könnten. Besonders auf den geschlossenen

Aufnahmestationen waren diese Befürchtungen deutlich vorhanden. Dabei fand sich bei Patienten mit paranoid halluzinatorischen Symptomen häufiger diese Befürchtung. Welchen Einfluß Art und Intensität der Erkrankung auf das Nicht-Teilnehmen an der Befragung hatte, läßt sich nicht aussagen, da nur die Daten der Patienten in die Studie aufgenommen wurden, die mit der Befragung einverstanden waren.

Am folgenden Tag wurde die Befragung dann individuell durchgeführt. Es wurde jeweils ein Ort auf der Station gesucht, an dem der Patient sich durch Mitpatienten und Personal nicht in der Beantwortung des Bogens gestört fühlen sollte. Ferner wurde ein „neutraler“ Ort gesucht. Patientenzimmer und Arztzimmer wurden bewußt vermieden.

Da in der Pilotphase einige Patienten die Bögen in Gruppen ausgefüllt hatten, wurde die Befragung in der Testphase in Interviewform mit vorgegebenen Antwortmöglichkeiten durchgeführt, um zu verhindern, daß einzelne dominante Patienten die Befragungsergebnisse ihrer Mitpatienten beeinflussen. Außerdem konnte so einzelnen Patienten Hilfestellung gegeben werden. So litt beispielsweise ein Patient als Nebenwirkung einer Neuroleptikatherapie unter Motilitätsstörungen der Augenmuskeln und war daher nicht in der Lage, den Bogen ohne Hilfe zu beantworten. Da er gerne an der Befragung teilnehmen wollte, wurden ihm Teile des Bogens vorgelesen. Weiterhin zeigte sich, daß durch die Interviewform Probleme bei der Befragung leichter erkannt werden können. So hatten unerwartet viele Patienten mit der Aussage „Einige Ärzte dieser Klinik genießen einen guten Ruf“ Schwierigkeiten, was schließlich dazu führte, daß dieses Item aus der Auswertung genommen werden mußte.

Durch die Interviewform baute sich oft ein gutes Vertrauensverhältnis auf. So holte eine Patientin während des Interviews ihre gesamte Morgenmedikation aus der Tasche und fragte, ob diese Tabletten ihr wirklich helfen oder sie vergiften würden. Auf den Vorschlag, dies mit dem Stationsarzt zu besprechen, ging sie nach einem längeren Gespräch ein und nahm ihre Tabletten ein.

Im Anschluß an das Interview wurde durch den Untersucher mittels der Krankenakte der Patientendokumentationsbogen ausgefüllt. Anschließend wurde der behandelnde Arzt gebeten, den CGI-Bogen auszufüllen. Dann wurden die Bögen mit der gleichen fortlaufenden Nummer versehen, um sie später einander zuordnen zu können.

4. Ergebnisse

4.1. Durchführbarkeit einer Befragung zur Patientenzufriedenheit bei akut kranken psychiatrischen Patienten

Teilnahme an der Befragung

85 von 150 im Untersuchungszeitraum (07. September bis 07. Oktober 1995) angesprochene Patienten erfüllten die Stichprobenkriterien. Ausgeschlossen wurden 12 Patienten, die sich weniger als drei Tage in stationärer Behandlung befanden, 21 nicht befragbare Patienten (von denen vier zunächst teilnahmen, dann aber abgebrochen haben), 8 Patienten schieden wegen Sprachproblemen aus und 24 der angesprochenen Patienten lehnten eine Teilnahme ab. An der Befragung beteiligten sich 47 Frauen (55,3%) und 38 Männer (44,7%). 44 der Befragten (52%) befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung auf geschlossenen, 41 (48%) auf offenen Stationen.

Anzahl Patienten	Ausschlußkriterium
12	Aufenthalt kürzer als drei Tage
21	nicht befragbar
8	Probleme mit der Sprache
24	Ablehnung der Teilnahme an der Befragung
65	von 150 Patienten konnten nicht teilnehmen

Tabelle 2: Ausschlußkriterien

Gültigkeit der Befragungsergebnisse

Ein wesentliches Ziel dieser Arbeit ist es zu prüfen, ob eine Behandlungsbewertung durch psychiatrisch erkrankte Patienten möglich und sinnvoll ist. Dies kann nach dieser Befragung deutlich bejaht werden. So zeigte sich, daß auch die schwer kranken Patienten mit großem Eifer an der Befragung teilnahmen. Viele Patienten waren erst skeptisch, nach intensiver Aufklärung dann aber froh, über Ihre Meinung zur Behandlung und zum Behandlungsumfeld befragt zu werden. Durch in den Fragebogen eingestreute Kontrollfragen, die teilweise anders formuliert oder umgekehrt wurden, konnte gezeigt werden, daß eine hohe Konsistenz der erhobenen Behandlungsbewertung besteht und die Patienten keinesfalls einfach skalenkonform ankreuzen.

Als Beispiel hierfür können die an verschiedenen Stellen des Fragebogens eingesetzten Items 58, 92 und 96 dienen, die sich inhaltlich sehr ähnlich sind und auch zu gleichförmigen Ergebnissen geführt haben.

Nr.	Item	keine Angabe	voll	überwiegend	unentschieden	eher nicht	gar nicht
58	Ich bin mit dem Behandlungserfolg zufrieden.	3	33	25	11	13	15
92	Ich habe von der Behandlung profitiert.	2	31	28	17	8	14
96	Insgesamt bin ich mit der Behandlung zufrieden.	5	32	27	14	9	13

Tabelle 3: Vergleich der Items zur Gesamtzufriedenheit - absolute Angaben

Von den 49 Patienten, die das Item 58 („Ich bin mit dem Behandlungserfolg zufrieden.“) mit „voll“ oder „überwiegend“ bewerteten, stimmten auch 81,7 % dem Item 92 („Ich habe von der Behandlung profitiert.“) „voll“ oder „überwiegend“ zu.

Bewertung des Items 92*	Häufigkeit	Prozent
„voll“	24	49,0
„überwiegend“	16	32,7
„unentschieden“	5	10,2
„gar nicht“	4	8,2

Tabelle 4: Bewertung des Items 92 in Abhängigkeit vom Item 58

***Betrachtet wurden die 49 Patienten, die dem Item 58 „voll“ oder „überwiegend“ zugestimmt haben**

Vergleicht man das Antwortverhalten dieser 49 Patienten zu den Items 58 und 96 („Insgesamt bin ich mit der Behandlung zufrieden.“), so fällt ebenfalls eine hohe Übereinstimmung auf. So stimmen von den 49 Patienten, die das Item 58 („Ich bin mit dem Behandlungserfolg zufrieden.“) mit „voll“ oder „überwiegend“ bewerteten, ebenfalls über 80 % dem Item 96 („Insgesamt bin ich mit der Behandlung zufrieden.“) „voll“ oder „überwiegend“ zu.

Bewertung des Items 96*	Häufigkeit	Prozent
„voll“	24	49,0
„überwiegend“	16	32,7
„unentschieden“	2	4,1
„eher nicht“	2	4,1
„gar nicht“	3	6,1
keine Angabe	2	4,1

Tabelle 5: Bewertung des Items 96 in Abhängigkeit der Beantwortung des Items 58

*Betrachtet wurden die 49 Patienten, die dem Item 58 „voll“ oder „überwiegend“ zugestimmt haben

Ein weiteres Beispiel sind die Items zu Informationen über die Medikamente. Auch hier zeigen sich deutliche Übereinstimmungen im Antwortverhalten zu ähnlich formulierten Items:

Nr.	Item	keine Angabe	voll	überwiegend	unentschieden	eher nicht	gar nicht
86	Die Dosierung meiner Medikamente wird mit mir besprochen.	6	45	15	4	8	22
88	Über Nebenwirkungen der Medikamente hat der Arzt mich gut informiert.	6	32	5	6	8	43

Tabelle 6: Vergleich der Items zu Informationen über Medikamente - absolute Angaben

Vergleicht man das Antwortverhalten der 51 Patienten, die dem Item 86 („Die Dosierung meiner Medikamente wird mit mir besprochen.“) „voll“ oder „überwiegend“ zustimmten, mit ihrem Antwortverhalten beim Item 88 („Über Nebenwirkungen der Medikamente hat der Arzt mich gut informiert.“), so fällt eine nicht ganz so deutliche, aber immerhin vorhandene Übereinstimmung auf. So bewerteten 53% der Patienten, die dem Item 86 „voll“ oder „überwiegend“ zustimmten, auch das Item 88 mit „voll“ oder „überwiegend“.

Bewertung des Items 88*	Häufigkeit	Prozent
„voll“	24	47,1
„überwiegend“	3	5,9
„unentschieden“	2	3,9
„eher nicht“	3	5,9
„gar nicht“	18	35,9
keine Angabe	1	2

Tabelle 7: Bewertung des Items 88 in Abhängigkeit der Beantwortung des Items 58

*Betrachtet wurden die 51 Patienten, die dem Item 58 „voll“ oder „überwiegend“ zugestimmt haben

Bezüglich der Mitentscheidungsmöglichkeiten äußerten sich die Patienten auch konsequent. So gaben 57 Patienten an, sie stimmten „voll“ oder „überwiegend“ der Aussage zu, sie würden vom Arzt so weit wie möglich in die Entscheidungen über ihre Behandlung einbezogen. 33 Patienten waren „eher nicht“ oder „gar nicht“ dieser Meinung. Entsprechend stimmten nur 32 Patienten „voll“ oder „überwiegend“ der Aussage zu, sie würden in der Therapie gegen ihren Willen zu Dingen gedrängt. 62 Patienten waren „eher nicht“ oder „gar nicht“ dieser Meinung.

Nr.	Item	keine Angabe	voll	überwiegend	unentschieden	eher nicht	gar nicht
15	Ich werde so weit wie möglich vom Arzt in die Entscheidungen über meine Behandlung einbezogen.	1	43	14	9	11	22
16	Ich werde in der Therapie gegen meinen Willen zu Dingen gedrängt.	1	19	13	5	10	52

Tabelle 8: Vergleich der Items zur Einbeziehung in die Therapieplanung

Auch hier zeigt sich eine hohe Übereinstimmung der Patientenangaben. So sind von den 49 Patienten, die „voll“ oder „überwiegend“ dem Item 15 („Ich werde so weit wie möglich vom Arzt in die Entscheidungen über meine Behandlung einbezogen.“) zustimmten 71,5 % „eher nicht“ oder „gar nicht“ der Meinung, sie würden in der Therapie gegen ihren Willen zu Dingen gedrängt (Item 16).

Bewertung des Items 16*	Häufigkeit	Prozent
„voll“	3	6,1
„überwiegend“	8	16,3
„unentschieden“	3	6,1
„eher nicht“	4	8,2
„gar nicht“	31	63,3

Tabelle 9: Bewertung des Items 16 in Abhängigkeit der Beantwortung des Items 15

*Betrachtet wurden die 49 Patienten, die dem Item 15 „voll“ oder „überwiegend“ zugestimmt haben

Ein weiteres Beispiel ist die Beurteilung der Professionalität der Ärzte durch die Patienten. Hier zeigen sich erneut sehr vergleichbare Antwortmuster bei ähnlich formulierten Items.

Nr.	Item	keine Angabe	voll	überwiegend	unentschieden	eher nicht	gar nicht
18	Die Ärzte sind gut ausgebildet.	2	44	17	29	3	5
22	Die Ärzte bleiben auch in kritischen Situationen ruhig.	2	53	19	15	6	5
23	Einige Ärzte dieser Klinik genießen einen guten Ruf.	6	47	11	35	0	1

Tabelle 10: Vergleich der Items zur Einschätzung der Professionalität der Ärzte

Auch die beiden Items, die das Verhältnis zwischen Ärzten und Patienten abbilden zeigen, wenn berücksichtigt wird, daß eine Aussage positiv und eine negativ formuliert ist, eine gute Übereinstimmung im Ergebnis. Außerdem zeigt das Antwortverhalten zu diese Items, daß die Patienten nicht einfach skalenkonform geantwortet haben.

Nr.	Item	keine Angabe	voll	überwiegend	unentschieden	eher nicht	gar nicht
64	Das Verhältnis der Ärzte zu den Patienten ist gut.	1	55	24	13	2	5
76	Personal und Patienten haben ein schlechtes Verhältnis zueinander.	3	7	2	14	19	55

Tabelle 11: Vergleich der Items zur Einschätzung des Arzt-Patienten-Verhältnisses

Die Items zum Informationsverhalten der Ärzte sind über den ganzen Fragebogen verteilt gewesen. In der ersten Spalte der Tabelle ist die Position des Items im Fragebogen angegeben. Auch hier zeigt sich eine hohe Übereinstimmung des Antwortverhaltens der Patienten zu ähnlich formulierten Items. Das als Kontrolle negativ formulierte Item zur Information in den Visiten („Ich habe nach der Visite oft noch Fragen.“) zeigt ein spiegelbildliches Antwortmuster.

Nr.	Item	keine Angabe	voll	überwiegend	unentschieden	eher nicht	gar nicht
5	Der Arzt spricht mit mir ausführlich über meine Erkrankung.	1	48	12	4	21	14
12	Die Ärzte interessieren sich für meine Fragen und Sorgen.		49	24	8	12	7
59	Die Erklärungen der Ärzte sind gut verständlich.	4	54	21	11	3	7
68	Ich fühle mich von den Ärzten verstanden.	2	50	20	8	9	11
78	Ich habe nach der Visite oft noch Fragen.	2	24	11	7	9	47

Tabelle 12: Vergleich der Items zum Informationsverhalten der Ärzte

4.2. Analyse der Behandlungsbewertung

Auswertung der Patientendaten

Nach Abschluß der Befragung wurden die anonymisierten Bögen mittels SPSS für Windows erfaßt. Im Anschluß an eine Kontrolle der Dateneingabe wurde zunächst die Zusammensetzung der Stichprobe untersucht. Anschließend wurden die Häufigkeiten und Verteilungen der Daten ausgewertet.

Ziel dieser Berechnung war es, alle Items aus dem Pilotphasefragebogen auf ihre Brauchbarkeit zu prüfen. Diese Vorform des Fragebogens, die einer Stichprobe von Personen zur Bearbeitung vorgelegt wurde, enthielt wegen der wahrscheinlich beträchtlichen Zahl von ungeeigneten Items zwangsläufig eine sehr große Zahl Items. Anschließend erfolgte dann eine Itemanalyse, die dazu diente, die ungeeigneten Items auszuschließen und für spätere Untersuchungen eine Kurzform des Fragebogens zu erstellen.

Ergebnis dieser Schritte ist ein aus einzelnen Items aufgebauter Fragebogen, der interindividuelle und intraindividuelle Gleichheit bzw. Ungleichheit von Merkmalsausprägungen möglichst genau abbildet.

Reduktion der Itemanzahl

Die Zahl der untersuchten Items wurde bewußt groß gewählt, um ein möglichst breites Spektrum an möglicherweise relevanten Faktoren untersuchen zu können. Durch eine Reduzierung des Fragebogens auf die für die Bewertung der stationären Versorgung wichtigen Items, die sich an die Befragung anschließt, soll eine leicht zu handhabende Version des Fragebogens entstehen.

Zu geringe Angaben

Zunächst wurden die Items aus der Befragung genommen, zu denen ein großer Teil der Befragten keine Angaben machten. Als Grenze wurde hier 20% Nichtbeantwortung angesetzt. Betroffen von dieser Kürzung waren insgesamt sechs Items zu den therapeutischen Gruppen (die nur auf den offenen Stationen angeboten werden und so einem großen Anteil der Befragten nicht bekannt waren), zur Arbeitstherapie und zu den Angehörigengruppen aus ähnlichen Gründen und ein Item zum Krankenhausseelsorger:

„Die therapeutischen Gruppen finden zu selten statt.“ — 49,4% der Patienten machten keine Angabe.

„Die therapeutischen Gruppen helfen mir, mit meiner Erkrankung fertig zu werden.“ — 55,3% der Patienten machten keine Angabe.

„Die Arbeitstherapie hilft mir, mich auf die Zeit nach der Entlassung vorzubereiten.“ — 56,5% der Patienten machten keine Angabe.

„Die Arbeitstherapie strengt mich zu sehr an.“ — 61% der Patienten machten keine Angabe.

„Die Angehörigengruppen helfen meiner Familie und mir.“ — 83,6% der Patienten machten keine Angabe.

„Der Krankenhausseelsorger hilft mir in meiner Situation.“ — 64,7% der Patienten machten keine Angabe.

Schwierigkeitsindex

Items, bei denen mehr als 80% der Patienten einer Teilaussage zustimmten, ermöglichen keine genaue Unterscheidung zwischen den anderen Teilaussagen und wurden daher aus der Auswertung genommen. Betroffen waren ein Item zur Sauberkeit der Wäsche und ein Item zur Bewegungsfreiheit auf Station:

„Ich kann mich innerhalb der Station frei bewegen.“ — 85,9% der Patienten bewerteten diese Aussage mit „stimmt voll“.

„Die Wäsche ist sauber.“ — 90,6% der Patienten kreuzten „stimmt voll“ an.

Trennschärfe

Die Items, die unabhängig von der Bewertung der Behandlung beantwortet wurden, sind für die weitere Betrachtung wenig interessant. Daher wurde als Nächstes die Trennschärfe für die einzelnen Items – getrennt nach positiv und negativ formulierten Aussagen – betrachtet. Alle positiv formulierten Items wurden mit der Summe aller positiv formulierten Items korreliert, analog alle negativ formulierten Items mit einer aus allen negativ formulierten Items gebildeten Summe. An Hand der Korrelationskoeffizienten (nach Pearson) konnten die Items erkannt werden, die das Gesamtergebnis gut abbilden. Die Items, die einen geringen Korrelationskoeffizienten ($< 0,3$) aufwiesen, wurden im weiteren Verlauf nicht mehr betrachtet. Durch diesen Reduktionsschritt verringerte sich die Itemanzahl um 15 Items, so daß 75 Items weiter betrachtet wurden.

Items, deren Korrelationskoeffizient (in Klammern) $< 0,3$ ist:

„Es ist sinnvoll, daß Patienten ... alltägliche Aufgaben ... selber verrichten.“ (0,1729)

„Das Essen ist von guter Qualität.“ (0,1872)

„Der Kontakt zu den Mitpatienten ist gut.“ (0,1983)

„Einige Ärzte dieser Klinik genießen einen guten Ruf.“ (0,0773)

„Die Fernsehmöglichkeiten sind gut.“ (0,1394)
„Ich möchte, daß meine Angehörigen in einer A.gruppe mitmachen.“ (-0,0577)
„Viele Patienten werden zu früh entlassen.“ (0,0955)
„Ich fühle mich durch das Rauchen gestört.“ (0,2062)
„Über Möglichkeiten der Weiterbehandlung nach Entlassung bin ich gut informiert.“ (0,2812)
„Alle Untersuchungen sind notwendig.“ (0,2964)
„Die Möglichkeiten zu telefonieren sind unzureichend.“ (0,2875)
„Die Erklärungen der Ärzte sind gut verständlich.“ (0,2894)
„Die Essenszeiten sind ungünstig.“ (0,2587)
„Mit meinem Bett bin ich zufrieden.“ (0,2191)
„Es gibt hier zu wenige Aufenthaltsmöglichkeiten für Nichtraucher.“ (0,2832)

Negative Trennschärfe

Auch die Items, deren Korrelation eine negative Trennschärfe ergaben, wurden aus der weiteren Betrachtung genommen, da auch sie für die Betrachtung des Gesamtergebnisses nicht ergiebig sind.

Faktorenanalyse

Wie in der Einführung beschrieben, scheint es nicht die „eine“ Patientenzufriedenheit zu geben, sondern Patientenzufriedenheit scheint sich aus einer Gruppe von Einflußfaktoren zusammzusetzen. Die differenziertere Betrachtung des Begriffes Patientenzufriedenheit soll aufzeigen, in wie weit die Annahme eines Kontinuums „Patientenzufriedenheit“ überhaupt sinnvoll ist, bzw. für den vorliegenden Itemsatz haltbar ist.

Zu diesem Zweck wurde die durchschnittliche Interkorrelation der Items betrachtet. Um von einem homogenen Faktor ausgehen zu können, erwartet man eine hohe durchschnittliche Interkorrelation.

Die verbliebenen 75 Items wurden einer Hauptkomponentenanalyse mit anschließender Varimax-Rotation unterzogen. Dabei ließen sich sieben Hauptfaktoren isolieren, mit denen sich 66% der Varianz erklären ließen. Die restliche Varianz verteilte sich auf eine Vielzahl von Faktoren, die jeweils nur einen geringen Teil der Varianz erklärten. Die Faktoren lassen sich so sinnvoll interpretieren.

Im nächsten Untersuchungsschritt wurde die Interkorrelation der Items bezüglich der sieben Hauptfaktoren betrachtet. Hierbei wurde betrachtet, wie hoch die einzelnen Items auf die sieben Hauptfaktoren laden. Dabei ließen sich lediglich vier Items nicht gut einem der Faktoren zuordnen. Diese Items zeigten auf alle Faktoren eine gleich niedrige Ladung und können so den nicht erfaßten Nebenfaktoren zugeschrieben werden. Es handelt sich um die Items:

„Meine Angehörigen werden ausreichend in meine Behandlung einbezogen.“
 „Vor Untersuchungen muß ich oft lange warten.“
 „Es gibt auf der Station zu wenige Gemeinschaftsräume.“
 „Die Pflegekräfte stehen oft unter Zeitdruck.“

Die restlichen Items lassen sich den sieben Faktoren der Faktorenanalyse zuordnen. Betrachtet man nur Items, die hoch auf einem Faktor laden, zeigt sich dies um so deutlicher. Wie zu erwarten, korrelieren die negativ formulierten Items mit einem negativen Wert mit dem jeweiligen Faktor.

Einige Items laden noch auf einen zweiten Faktor hoch. Diese Items sind für einen späteren gekürzten Fragebogen weniger interessant, weil die Items sich dann nicht eindeutig einem für die Patientenzufriedenheit wichtigen Faktor zuordnen lassen. Gleichzeitig sollen die für eine Kurzform des Fragebogens verwendeten Items möglichst hoch auf dem Faktor laden, den sie abbilden sollen.

Faktor 1: Empathie

Auf den Faktor 1 laden vor allem die Items hoch, die den Aspekt der Empathie betreffen.

Ladung	Item
-0,41980	„An den Schwestern und Pflegern habe ich oft etwas auszusetzen.“
-0,47325	„Über meine Medikamente wird mit mir zu wenig gesprochen.“
-0,48194	„Ich habe häufig etwas an den Ärzten auszusetzen.“
0,52480	„Es werden genügend Einzelgespräche angeboten.“
0,53878	„Die Ärzte sind gut ausgebildet.“
0,57580	„Ich würde mich wieder hier behandeln lassen.“
-0,59554	„Das Pflegepersonal hier ist schlecht ausgebildet.“
0,60149	„Wenn man sie braucht, sind die Schwestern und Pfleger für einen da.“
0,60315	„Die Schwestern und Pfleger erklären mir stets, wozu die Medikamente sind, die sie mir geben.“
0,60767	„Schwestern und Pfleger bleiben auch in kritischen Situationen ruhig.“
-0,61794	„Die Pflegekräfte tun nur das Nötigste.“
0,62778	„Über Nebenwirkungen der Medikamente hat der Arzt mich gut informiert.“
0,64405	„Ich fühle mich von den Ärzten verstanden.“
0,68311	„Ich werde so weit wie möglich vom Arzt in die Entscheidungen über meine Behandlung einbezogen.“
0,73272	„Der Arzt spricht mit mir ausführlich über meine Erkrankung.“
0,75165	„Ich fühle mich vom Pflegepersonal verstanden.“
0,85829	„Die Pflegekräfte haben ein gutes Verhältnis zu den Patienten.“

Faktor 2: Ärztliches Handeln

Der zweite Faktor bildete Items ab, die sich mit den therapeutischen Angeboten und ärztlichem Handeln beschäftigen.

<u>Ladung</u>	<u>Item</u>
0,41165	„Die Ärzte bleiben auch in kritischen Situationen ruhig.“
-0,54593	„Die Ärzte tun nur das Nötigste.“
-0,55662	„Bei der Visite wird mehr über die Patienten gesprochen als mit ihnen.“
-0,57172	„Es kommt öfter vor, daß sich Patienten über Ärzte beschweren.“
0,61554	„Ich bin mit meiner Krankheit hier gut aufgehoben.“
0,66944	„Die Ärzte interessieren sich für meine Fragen und Sorgen.“
-0,70163	„Auf meine Entlassung bin ich kaum vorbereitet.“
0,75540	„Mir werden in der Therapie Lösungsansätze für meine Probleme vermittelt.“
0,89570	„Die Einzelgespräche helfen mir.“

Faktor 3: Interaktionen auf der Station

Der dritte Faktor umfaßt die Items, die Aussagen über die Interaktionen auf der Station enthalten.

<u>Ladung</u>	<u>Item</u>
0,40533	„Es sind zu wenig Duschen und Bäder vorhanden.“
0,41698	„Über Rehabilitationsmöglichkeiten bin ich umfassend informiert.“
-0,49833	„Insgesamt bin ich mit der Behandlung zufrieden.“
0,50279	„Mit meinen sozialen Problemen stehe ich alleine da.“
-0,50795	„Das Verhältnis der Ärzte zu den Patienten ist gut.“
0,51320	„Auf der Station habe ich genug Privatsphäre.“
0,58557	„An den Schwestern und Pflegern habe ich oft etwas auszusetzen.“
0,58918	„Nachts ist es auf der Station zu unruhig.“
0,62096	„Ärzte und andere Mitarbeiter arbeiten schlecht zusammen.“
0,63648	„Der Nichtraucherschutz wird übertrieben.“
0,67595	„Mir werden zu viele Psychopharmaka verabreicht.“
0,68586	„Die Erklärungen der Schwestern und Pfleger sind oft schlecht verständlich.“
0,77173	„Personal und Patienten haben ein schlechtes Verhältnis zueinander.“

Faktor 4: Information

Der vierte Faktor umfaßt Items, die sich mit verschiedenen Aspekten der Versorgung beschäftigen. Bei den höher ladenden Items spielt die Information des Patienten eine wichtige Rolle. Im Vergleich zu den anderen Faktoren finden sich nicht so hohe Ladungen.

Ladung	Item
0,40383	„Einige Ärzte dieser Klinik haben einen weniger guten Ruf.“
0,47147	„Die Betreuung durch Sozialarbeiter ist schlecht.“
0,48246	„Die Klinik ist modernisierungsbedürftig.“
0,49302	„Die Beschäftigungstherapie ist mir zu anstrengend.“
0,50042	„Die hygienischen Verhältnisse der Station lassen zu wünschen übrig.“
0,52416	„Meine Angehörigen erhalten zu wenig Informationen.“
0,59422	„Die Klinik hat einen schlechten Ruf.“
-0,75089	„Beschilderungen und Wegweiser auf Station sind hilfreich.“

Faktor 5: Medikamente und Behandlungserfolg

Faktor fünf beinhaltet im wesentlichen Fragen zu den Bereichen „Medikamente“ und „Behandlungserfolg“.

Ladung	Item
0,46428	„Die Station ist sauber.“
-0,48593	„Mir werden Medikamente, von denen ich eine Besserung erwarte, vorenthalten.“
-0,53020	„Ich werde zu oberflächlich untersucht.“
0,56507	„Die Dosierung meiner Medikamente ist genau richtig.“
0,60422	„Ich bin mit dem Behandlungserfolg zufrieden.“
0,63610	„Die Medikamente helfen mir, mich gesünder zu fühlen.“
0,64572	„Ich habe von der Behandlung profitiert.“

Faktor 6: Tagesablauf auf der Station & Visite

Der sechste Faktor beschäftigt sich im Wesentlichen mit dem Tagesablauf und der Visitsituation.

Ladung	Item
0,41564	„Der Tagesablauf auf Station engt mich zu sehr ein.“
0,42828	„Ich habe nach der Visite oft noch Fragen.“
-0,49202	„Der feste Tagesablauf hilft mir, mit meiner Erkrankung klar zu kommen.“
-0,53957	„Ich werde hier wirklich als Einzelperson behandelt.“
0,72468	„Oft kann ich den Gesprächen bei der Visite kaum folgen.“
-0,76743	„Toiletten sind ausreichend vorhanden.“
0,76796	„Nebenwirkungen der Medikamente überwiegen den Nutzen.“

Faktor 7: Zeit

Faktor sieben enthält überwiegend Items, in denen es um „Zeit“ für den Patienten geht (Visitendauer, Aufenthaltsdauer, Besuchszeiten...).

<u>Ladung</u>	<u>Item</u>
-0,41358	„Ich werde in der Therapie gegen meinen Willen zu Dingen gedrängt.“
0,41386	„Die Belüftung der Zimmer ist schlecht.“
0,48006	„Das Essen ist zu eintönig.“
0,49661	„Die Besuchszeiten liegen ungünstig.“
0,50241	„Oft haben die Ärzte zu wenig Zeit, auf meine Sorgen und Wünsche einzugehen.“
-0,60275	„Der Aufenthalt in dieser Klinik dauert meistens länger als nötig.“
0,63209	„Die Visite ist oft zu kurz.“

Die einzelnen Faktoren lassen sich so sinnvoll interpretieren. Wie eingangs erwähnt, läßt sich aus einigen wenigen Items zu jedem Faktor eine Kurzform des Fragebogens erstellen.

4.3. Ergebnisse der Teilbereiche der Behandlungsbewertung

Soziodemographische Variablen

Geschlecht

An der Befragung nahmen 47 Frauen (55%) und 36 Männer (45%) teil.

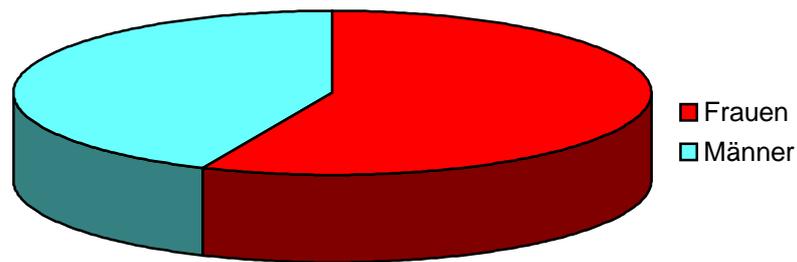


Abbildung 5: Geschlechterverteilung

Alter

Das Durchschnittsalter der Patientinnen und Patienten betrug 34,9 Jahre.

Ort der Befragung

Auf den geschlossenen Aufnahmestationen wurden 44 Patienten (davon 24 Frauen) befragt, 41 Patienten (davon 23 Frauen) befanden sich auf den offenen Stationen.

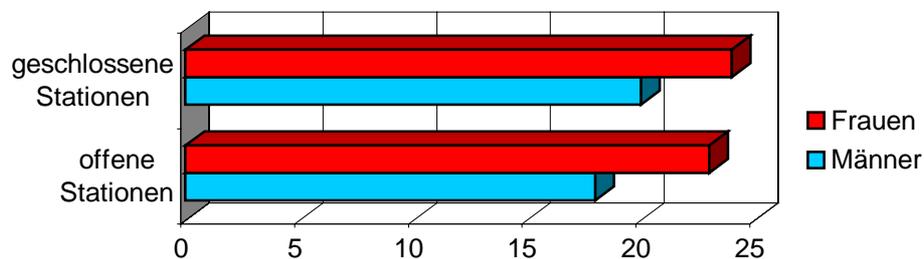


Abbildung 6: Verteilung der Patienten auf den Stationen

Aufnahmemodus

54 Patienten (64%) waren freiwillig in die Klinik gekommen, 23 (27%) per PsychKG, 8 (9%) Patienten mittels Betreuung. Zwölf der 85 Patienten waren nach einem Suizidversuch aufgenommen worden.

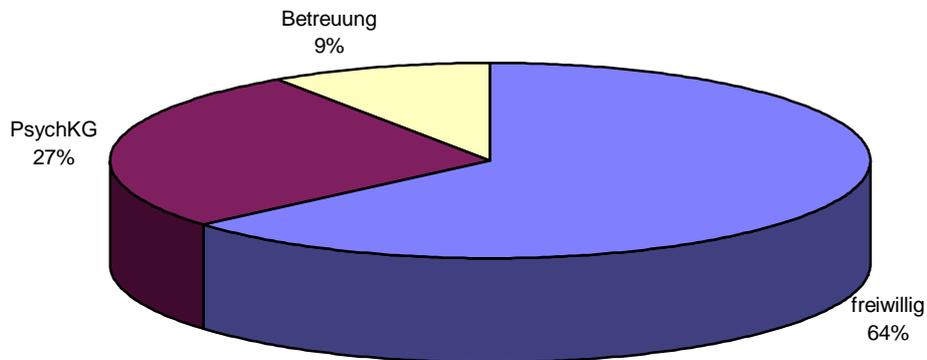


Abbildung 7: Einweisungsmodus

Wohnsituation

55 Patienten (64%) lebten in einer eigenen Wohnung, 13 (15%) bei Ihren Eltern, 13 (15%) Patienten waren ohne festen Wohnsitz, 4 Patienten (6%) lebten im betreuten Wohnen, Notunterkünften usw.

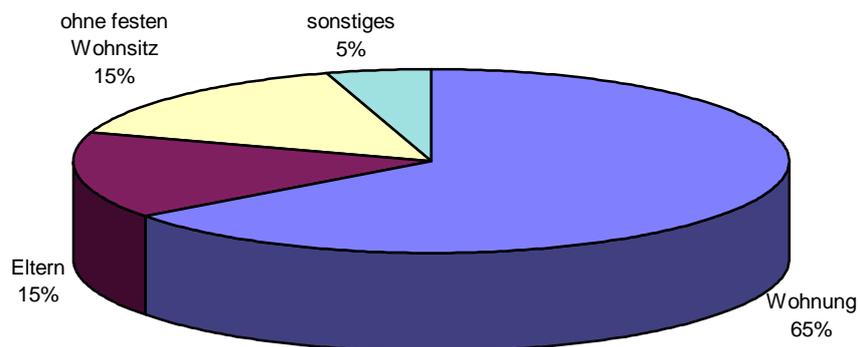


Abbildung 8: Wohnsituation

Familiäre Situation

68 Patienten (80%) waren ledig, drei (4%) lebten mit einem Partner zusammen, 14 (16%) waren verheiratet.

Ausbildung

Zwei Patienten (2%) waren noch in Schulausbildung, fünf (6%) hatten die Schule abgebrochen, drei (4%) die Sonderschule, 38 (45%) die Hauptschule, 19 (22%) die Realschule abgeschlossen und 18 (21%) das Abitur / Fachabitur erreicht.

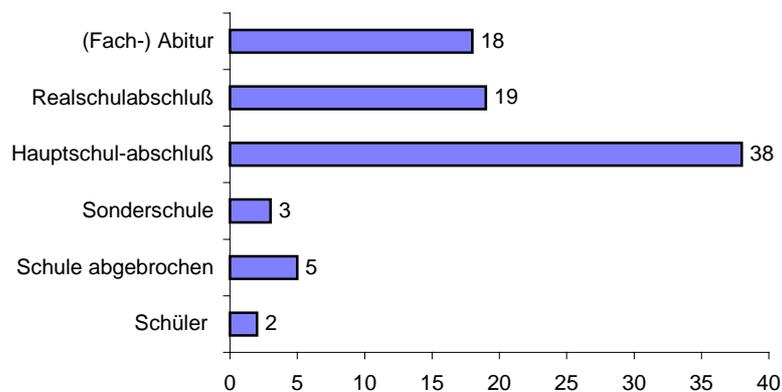


Abbildung 9: Schulausbildung

Drei Patienten (4%) befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung in einer Berufsausbildung, 19 (22%) hatten keine Berufsausbildung oder waren angelernt worden, sieben (8%) hatten eine Lehre abgebrochen, 47 (55%) eine Ausbildung mit Erfolg abgeschlossen, vier (5%) Patienten hatten eine (Fach-) Hochausbildung abgebrochen, fünf Patienten (6%) hatten eine solche Ausbildung abgeschlossen.

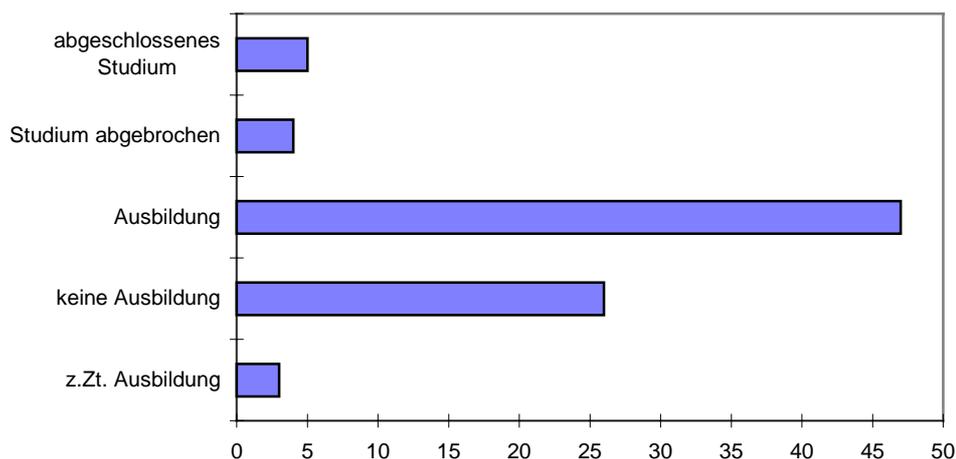


Abbildung 10: Berufsausbildung

Aktuelle Medikation

Von den teilnehmenden Patienten erhielten 28,2% keine Neuroleptika. 71,2% der Patienten erhielten eine neuroleptische Medikation (27,1% hochpotente, 24,7% mittelpotente und 16,5% schwachpotente Neuroleptika). 3,5% der Patienten erhielten eine Depotmedikation.

23,5% der Patienten erhielten eine Medikation mit Antidepressiva, ein Patient erhielt ein tricyclisches Antidepressivum, 14,2 Patienten erhielten psychomotorisch dämpfende Antidepressiva und ein Patient erhielt ein Präparat der Gruppe „chemisch andersartige Antidepressiva“. Lediglich ein Patient erhielt Benzodiazepine. Vier Patienten standen unter einer Lithiummedikation.

Ein Patient erhielt eine internistische Begleitmedikation.

Neuroleptikamedikation	
Keine Neuroleptika	28,2%
hochpotente Neuroleptika	27,1%
mittelpotente Neuroleptika	24,7%
schwachpotente Neuroleptika	16,5%

Tabelle 13: Neuroleptische Medikation

Medikamentengabe

91,8% der Patienten erhielten eine orale Medikation, nur 8,2% der Befragten erhielten keine orale Medikation.

Drei Patienten erhielten intravenöse Medikamentengaben. 15 Patienten standen unter intramuskulärer Depotmedikation.

Die Frequenz der Medikamentengabe lag zwischen keiner und vier pro Tag. Sechs Patienten erhielten gar keine Medikation, neun Patienten erhielten eine einmalige Medikamentengabe, 13 Patienten erhielten zweimal täglich ihre Medikamente, 25 Patienten bekamen dreimal täglich und 32 Patienten viermal täglich ihre Medikamente. Damit lag die durchschnittliche Medikamentengabe pro Patient und Tag bei 2,8.

Frequenz der Medikamentengabe

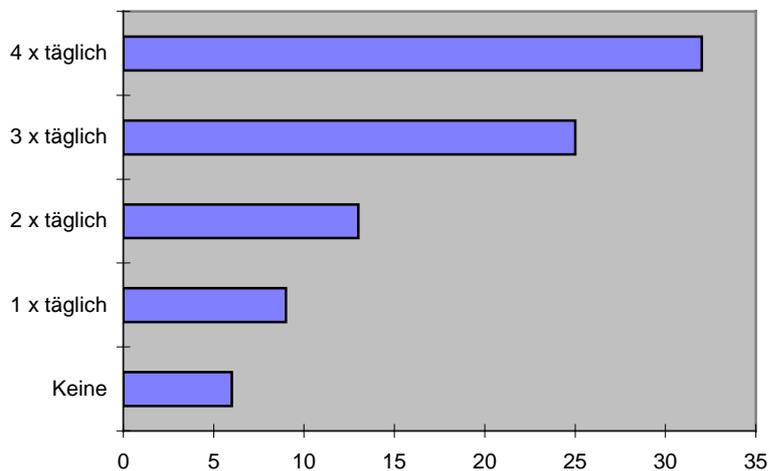


Abbildung 11: Frequenz der Medikamentengabe

Die Zahl der täglich verabreichten Spritzen und Tabletten pro Patient und Tag war breit gestreut. Sechs Patienten erhielten keinerlei Pharmaka, der Patient mit der umfangreichsten Medikation erhielt 20 Tabletten / i.v.-Medikationen pro Tag. Die durchschnittliche Pharmakazahl pro Tag lag bei der untersuchten Stichprobe bei 4,8 pro Tag und Patient.

Krankheitsdauer und Hospitalisierung

Die Krankheitsdauer lag zwischen aktueller Erstmanifestation einer Erkrankung (bei 17 Patienten) und 25 Jahren Krankheitsdauer. Bei einem Patienten ließ sich die Erkrankungsdauer durch diverse Wohnortwechsel nicht mehr herausfinden. Die mittlere Erkrankungsdauer lag bei 6,37 Jahren.

Die Anzahl der Hospitalisierungen lag zwischen 1 (Ersthospitalisierung bei 30 Patienten) und 37. Die mittlere Hospitalisierungshäufigkeit betrug 3,9. Bei vier Patienten ließ sich eine exakte Anzahl der früheren Hospitalisierungen nicht mehr feststellen. Da diese Patienten zu den chronisch Kranken gehörten, wird die tatsächliche durchschnittliche Anzahl der Hospitalisierungen eher höher liegen. Die kumulierte Hospitalisierungsdauer in Monaten lag zwischen null und 72 Monaten. Das Mittel lag bei 7,4 Monaten. Bei sechs Patienten war sie nicht genau feststellbar.

Die Anzahl der früheren Aufenthalte in der Rheinischen Kliniken Düsseldorf lagen zwischen null (Ersthospitalisierung bei 34 Patienten) und 36 und betrug im Mittel 2,65.

Die aktuelle Aufenthaltsdauer wurde in Wochen erfaßt und lag zwischen einer (14 Patienten) und 64 Wochen. Sie betrug im Mittel 9,03 Wochen.

Vier von 47 (8%) Frauen waren nach einem Suizidversuch eingewiesen worden. Bei den Männern waren es acht von 36 (22%).

Die Erstdiagnosen umfaßten Alkoholpsychosen (1 Patient), Drogenpsychosen (1 Patient), schizophrene Psychosen (44 Patienten), affektive Psychosen (7 Patienten), paranoide Syndrome (2 Patienten), Neurosen (5 Patienten), Persönlichkeitsstörungen (2 Patienten), Alkoholabhängigkeit (5 Patienten), funktionelle Störungen psychischen Ursprungs (2 Patienten) und psychogene Reaktionen (16 Patienten).

Diagnosen

Bei der Befragung wurden die Diagnosen entsprechend der internationalen Klassifikation der psychiatrischen Krankheiten – ICD – (9. Revision) von den behandelnden Ärzten kodiert und in den Patientendokumentationsbögen erfaßt. Dadurch, daß alle Patienten an der Befragung teilnehmen konnten, ergab sich ein sehr heterogenes Spektrum der Erkrankten. Dies war bewußt so geplant, um Erfahrungen mit einer möglichst großen Bandbreite psychiatrisch erkrankter Patienten zu machen. Bei einer allerdings geringen Teilnehmerzahl an der Befragung lies die Streuung der Diagnosen jedoch keine Analyse der Befragungsergebnisse in Abhängigkeit von den Diagnosen zu. Um dennoch eine Vorstellung davon zu erhalten, wie die Krankheit die Bewertungen der Patienten beeinflusst, wurde jeder teilnehmende Patient mittels Clinical Global Impressions (CGI) beurteilt.

CGI

Beim CGI-Rating wurden sechs Patienten als „Grenzfall psychiatrischer Erkrankung“ eingestuft. Sechs wurden als „nur leicht krank“, 20 als „mäßig krank“, 33 als „deutlich krank“, 15 als „schwer krank“ und 5 Patienten wurden als „extrem schwer krank“ eingestuft.

Die Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung wurde bei zwei Patienten als nicht beurteilbar eingestuft. Sieben Patienten befanden sich nach Aussagen der behandelnden Ärzte in „sehr viel besserem Zustand“, 33 in „viel besserem Zustand“ und 30 in „wenig besserem Zustand“. Bei elf Patienten wurde der Zustand als „unverändert“ angesehen, zwei Patienten wurden als in „etwas schlechterem Zustand“ eingestuft.

Die Wirkungen und Nebenwirkungen der Pharmakotherapie konnten bei 16 Patienten nicht beurteilt werden, weil sie entweder keine Medikamente erhielten oder diese erst so kurze Zeit eingenommen wurden, daß eine Beurteilung der Effekte noch nicht möglich war. Die Wirkung der Medikation wurde bei sieben Patienten als „sehr gut“, bei 33 Patienten als mäßig und bei 25 Patienten als „gering“ betrachtet. Nach Ansicht der Ärzte ging es vier Patienten „unverändert oder schlechter“.

Nach Einschätzung der Ärzte wurden sieben Patienten durch die Medikamentennebenwirkungen wesentlich beeinträchtigt. Bei drei Patienten wurden die Nebenwirkungen als den therapeutischen Nutzen überwiegend angesehen. Eine „nicht wesentliche“ Beeinträchtigung durch Nebenwirkungen wurde bei 36 Patienten gesehen. Bei 22 Patienten wurden keine Nebenwirkungen beobachtet.

CGI - Arzneimittelwirkungen¹

CGI	Therapierisiken (unerwünschte Arzneiwirkung)			
	Keine	nicht wesentliche Beeinträchtigung	wesentliche Beeinträchtigung	Überwiegen Nutzen
Sehr gut	3	3	0	1
Mäßig	11	18	4	0
Gering	6	15	3	1
Unverändert oder schlechter	2	1	0	1

¹Nicht beurteilbar: 16 Patienten.

Tabelle 14: CGI-Beurteilung

Antwortverhalten der Patienten bei den offenen Fragen

Am Ende des Fragebogens wurden den Patientinnen und Patienten einige offene Fragen gestellt. Mit diesem Teil des Fragebogens soll herausgefunden werden, in welchen Bereichen der Fragebogen unvollständig ist. Außerdem besteht mit den offenen Fragen die Möglichkeit herauszufinden, welche Aspekte der Behandlung und des Behandlungsumfeldes für die Patienten besonders von Bedeutung sind. Weiterhin wird nach möglichen Verbesserungen gefragt und danach, womit der Teilnehmer besonders zufrieden bzw. besonders unzufrieden gewesen ist, und was die Patienten von dieser Befragung halten.

Auf die anschließend gestellte Frage, warum nicht alle Fragen beantwortet wurden, antwortete ein Patient, sein Aufenthalt sei zu kurz gewesen, um alle Fragen beantworten zu können. 82 Patienten gaben an, nicht alle Fragen beantwortet zu haben, weil sie nicht in allen Teilbereichen Erfahrungen gesammelt haben. Zwei Patienten machten keine Angaben darüber, warum sie nicht alle Fragen beantwortet haben.

Auf die Frage, welche für die persönliche Zufriedenheit wichtigen Dinge im Fragebogen fehlten, antworteten 20 Patienten. Zur Station gaben zwei Patienten fehlende Items an. Fünf Mal wurde die Freizeitgestaltung von den Patienten genannt. Zwei Patienten fanden, zum Personal sollten mehr Items in den Fragebogen. Zur Therapie und zu Medikamenten machte jeweils ein Patient Angaben.

Auf die Frage nach möglichen Verbesserungen gaben bis auf 33 Patienten alle befragten Patienten Vorschläge ab. Am häufigsten wurde das Umfeld der Station genannt. Hierzu machten 15 Patienten Verbesserungsvorschläge. Mit der Freizeitgestaltung waren 13 Patienten nicht zufrieden. Sie machten zu diesem Thema Verbesserungsvorschläge. Auch das Essen war ein häufiger Kritikpunkt - 10 Patienten machten hierzu Vorschläge. Zum Personal und zur Therapie machten jeweils zwei Patienten Verbesserungsvorschläge. Zehn Patienten machten zum Teil sehr unterschiedliche Vorschläge: so wünschte sich ein Patient beispielsweise den Bau einer Schwimmhalle.

Danach befragt, womit sie besonders zufrieden waren, nannten 23 Patienten das Personal. Neun Patienten waren mit dem Essen besonders zufrieden. Jeweils vier Patienten nannten die Station beziehungsweise die therapeutischen Angebote. Zwei Patienten waren mit der Freizeitgestaltung besonders zufrieden. Fünf Patienten nannten auf diese Frage hin individuelle Erfahrungen.

Auf die Frage, womit sie besonders unzufrieden waren, nannten sechs Patienten das stationäre Umfeld. Besonders unzufrieden mit dem Essen waren vier Patienten. Auch über das Personal beklagten sich vier Patienten. Mit der Medikation waren drei Patienten besonders unzufrieden. Jeweils zwei Patienten nannten bei dieser Frage die Freizeitgestaltung beziehungsweise die Therapie. 16 Patienten nannten individuelle Probleme bei dieser Frage.

48 Patienten machten keine Angabe darüber, womit sie besonders unzufrieden waren.

Auf die offene Frage nach ihrer Meinung zur Studie antworteten fünf Patienten, sie fänden eine solche Befragung sehr gut. 37 Patienten fanden die Befragung „gut“, sechs Patienten antworteten, eine solche Befragung sei gut, wenn sich etwas ändern würde. Sechs Patienten waren in ihrer Entscheidung unentschlossen, und ein Patient gab an, eine solche Befragung „bringe nichts“. 26 Patienten machten keine Angaben darüber, welche Meinung sie zur Studie hatten.

Zusammenfassung

Zusammenfassend zeigten sich bei der Befragung zur Patientenzufriedenheit einige aus der Literatur bekannte Trends. So zeigten sich die Patientinnen im Vergleich zu den Patienten in fast allen Teilbereichen zufriedener. Eine deutliche Abweichung zeigte sich im Bereich „Medikamente“. Hier waren die Patientinnen unzufriedener als ihre Mitpatienten, was sich aber durchaus auf ein unterschiedliches Ordnungsverhalten in der Stichprobe zurückführen läßt.

Auch der aus früheren Untersuchungen bekannte Trend, daß ältere Patienten die Behandlung positiver bewerten, bestätigte sich in der untersuchten Stichprobe. Die jüngeren Patienten äußerten sich dagegen eher kritisch.

Die Rolle des Unterbringungsmodus wurde bisher nicht als Faktor, der die Bewertung der Behandlung durch Patienten beeinflusst, untersucht. In der von uns untersuchten Stichprobe zeigten sich deutliche Unterschiede in der Behandlungsbewertung in Abhängigkeit vom Modus der Unterbringung. Diese waren besonders deutlich bei den Items, die das stationäre Umfeld betreffen. Hier äußerten sich die auf offenen Stationen untergebrachten Patienten erwartungsgemäß zufriedener als die auf geschlossenen Stationen untergebrachten Patienten. Auch bei den Items, die globale Bewertungen beinhalten, zeigte sich ein deutlicher Unterschied im Antwortverhalten in Abhängigkeit von der Art der Unterbringung.

Der Grad der Erkrankung zeigte in der untersuchten Stichprobe keinen einheitlichen Einfluß auf das Antwortverhalten. Während bei einigen globalen Items zu erkennen war, daß die weniger schwer erkrankten Patienten diese Items positiver bewerteten, zeigten sich die befragten Patienten den therapeutischen Angeboten gegenüber ambivalent. So wurden die Medikation und die Visiten von den schwerer erkrankten Patienten deutlich kritischer gesehen. Die Stationsumgebung dagegen wurde von den leichter erkrankten Patienten positiver bewertet. Die psychosoziale Dimension der Behandlung wurde von den schwerer erkrankten Patienten positiver bewertet.

Der aus der Literatur bekannte Trend, daß schwerer erkrankte Patienten generell unzufriedener mit der Behandlung sind, konnte nicht in allen Teilbereichen der Befragung bestätigt werden.

Betrachtet man die Ergebnisse der Bewertung der Behandlung durch die Patienten in Abhängigkeit von der Veränderung des Erkrankungsgrades, so zeichnet sich keine eindeutige Korrelation zwischen der Bewertung und der Änderung des Erkrankungsgrades ab. Lediglich bei den globalen Items und bei den Items, die die Medikation betreffen, war eine positivere Bewertung durch die als gebessert eingestufteten Patienten zu beobachten.

Unterschiedliches Antwortverhalten von Patientinnen und Patienten

Globale Behandlungsbewertung

Viele Items werden von Patientinnen und Patienten sehr ähnlich beantwortet. Es zeigt sich bei einigen Items jedoch ein unterschiedliches Antwortverhalten. So findet sich bei den Items, die globale Zufriedenheitsäußerungen beinhalten, eine deutlich höhere Zustimmung bei den Patientinnen als bei den Patienten:

„Insgesamt... .. mit der Behandlung zufrieden“ zeigten sich 66% der Patientinnen im Vergleich zu 57% der Patienten ($p=0,6599$).

Mit dem Behandlungserfolg „voll“ oder „überwiegend“ zufrieden waren 66% der Patientinnen und 32% der Patienten ($p=0,3940$).

60% der Patientinnen stimmten dem Item „Ich bin mit meiner Krankheit hier gut aufgehoben“ „voll“ oder „überwiegend“ zu. Dem standen 53% der Patienten gegenüber ($p=0,4211$).

„Die Klinik hat keinen guten Ruf“, meinten 37% der Patienten, jedoch nur 23% der Patientinnen ($p=0,3459$).

Globale Behandlungsbewertung	Frauen ¹	Männer ¹	p
Ich würde mich wieder hier behandeln lassen.	70	58	0,3706
Ich bin mit meiner Krankheit hier gut aufgehoben.	60	53	0,4211
Ich bin mit dem Behandlungserfolg zufrieden.	66	32	0,3940
Insgesamt bin ich mit der Behandlung zufrieden.	66	57	0,6599
Ich habe von der Behandlung profitiert.	61	59	0,7968
Die Klinik hat keinen guten Ruf.	23	37	0,3459

¹ Angaben der Zustimmung „voll“ oder „überwiegend“ zu den jeweiligen Items in Prozent.

Tabelle 15: Globale Behandlungsbewertung in Abhängigkeit vom Geschlecht

Bewertung der professionellen Behandlungsdimension

Die Informationen durch das ärztliche Personal wurden ebenfalls von den Patientinnen positiver bewertet als von den Patienten:

„Die Dosierung meiner Medikamente wird mit mir besprochen.“, erklärten 68% der Patientinnen, aber nur 50% der Patienten ($p=0,1916$).

„Über Nebenwirkungen der Medikamente hat der Arzt mich gut informiert.“, befanden nur 28% der Patientinnen, aber immerhin 47% der Patienten ($p=0,3981$).

Die Visiten wurden von den Patientinnen kritischer gesehen als von den Patienten: Während nur 16% der Patienten der Aussage „Oft kann man den Gesprächen bei der Visite nicht folgen.“ „voll“ oder „überwiegend“ zustimmten, lag der Anteil der Patientinnen mit 31% fast doppelt so hoch ($p=0,0724$).

„Ich habe nach der Visite oft noch Fragen.“, erklärten 42% der Patientinnen, aber nur 23% der Patienten ($p=0,4697$).

„Die Visite ist oft zu kurz.“, fanden 36% der Patientinnen und 47% der Patienten ($p=0,4182$).

Die therapeutischen Angebote wurden ebenfalls positiver von den Patientinnen eingeschätzt:

Dem Item „Es werden genügend Einzelgespräche angeboten“ stimmten 66% der Patientinnen zu; nur 32% der Patienten waren „voll“ oder „überwiegend“ dieser Meinung ($p=0,0111$).

Während bei den Patientinnen 72% diese Einzelgespräche hilfreich fanden, waren es in der Gruppe der Patienten lediglich 50% ($p=0,1814$).

Die Arbeitstherapie wurde von 35 der 47 Patientinnen „voll“ oder „überwiegend“ als hilfreich eingestuft (74%), während dies bei den Patienten nur 66% so sahen ($p=0,6624$).

„Die Beschäftigungstherapie hilft mir, mit meiner Erkrankung klarzukommen“ – so urteilten 53% der Patientinnen, aber nur 28% der Patienten ($p=0,2742$).

Nur 13 Patienten (34%) stimmen der Aussage „Ich werde so weit wie möglich vom Arzt in die Entscheidungen über meine Behandlung einbezogen.“ „voll“ oder „überwiegend“ zu, während 25 von 47 (53 %) Patientinnen dieser Meinung waren ($p=0,3909$).

Das Item „Mir werden zu viele Psychopharmaka verabreicht.“ wurde von Patientinnen und Patienten unterschiedlich beantwortet: Während 18 % der Patienten dem Item „voll“ oder „überwiegend“ zustimmten, waren es bei den Patientinnen 32 % ($p=0,2820$). Die Betrachtung der Verordnungen brachte daraufhin ein deutlich verschiedenes Ordnungsverhalten zu Tage: Eine orale Medikation erhielten 98% der Patientinnen, aber im Vergleich nur 84% der Patienten (dies wurde nicht durch die bei beiden Gruppen etwa gleich

große Anzahl der intravenösen oder intramuskulären Medikamentengaben ausgeglichen).

Auch die Betrachtung der Medikamentengabefrequenz ist interessant: Der Anteil der Frauen, die drei- oder viermal täglich Medikamente erhielten, ist mit 77% deutlich höher als der in der männlichen Vergleichsgruppe (55%). Auch die Medikamentenanzahl pro Tag unterschied sich deutlich: Bei den Patientinnen erhielten nur 25% keine bis drei Medikamente pro Tag, 60% vier bis acht Medikamente pro Tag und 15% erhielten mehr als acht Medikamente pro Tag (eine Patientin sogar 20 pro Tag). Bei den Patienten war die Verteilung deutlich anders: 47% der Patienten erhielten keine bis drei Medikamente pro Tag, 42% vier bis acht und nur 8% der Patienten erhielten mehr als acht Medikamente pro Tag.

Der Aussage „Die Nebenwirkungen der Medikamente überwiegen für mich den Nutzen.“ stimmten nur 18% der Patienten zu, während 33% der Patientinnen sich für diese Antworten entschieden ($p=0,0691$).

Während 10 von 38 Patienten (26%) der Aussage „Ich werde in der Therapie zu Dingen gedrängt, die ich eigentlich nicht will.“ „voll“ oder „überwiegend“ zustimmten, waren nur 7 von 47 (15 %) Patientinnen dieser Meinung ($p=0,5764$). 28 von 47 (60%) waren der Meinung, dies treffe „gar nicht“ zu (im Gegensatz zu den männlichen Patienten, bei denen dies nur 16 (42%) so sahen).

Im Gegensatz zu 30 von 47 Patientinnen (64%) waren nur 17 Patienten (44%) „voll“ oder „überwiegend“ der Meinung, alle Untersuchungen seien auch indiziert ($p=0,4515$).

Bewertung der Stationsumgebung

Die Fernsehmöglichkeiten wurden von 37 Patientinnen (79%) als ausreichend empfunden, während nur 61% der Patienten dem zustimmten ($p=0,4851$). Einen festen Tagesablauf empfanden von den Patientinnen 49% als hilfreich. Bei den Patienten waren es 45% ($p=0,6316$). „Die Klinik ist modernisierungsbedürftig.“ – Diesem Item stimmten 34% der Patienten „voll“ oder „überwiegend“ zu. Von den Patientinnen entschieden sich 55% so ($p=0,3719$). „Es gibt auf Station nicht genügend Gemeinschaftsräume.“, meinten 40% der Patientinnen, aber nur 29% der Patienten ($p=0,3659$).

Bewertung der psychosozialen Dimension

Auch die für die Patientenzufriedenheit wichtige Empathie wurde von den Patientinnen deutlich positiver bewertet als von ihren Mitpatienten. Während sich von den Patientinnen 77% „voll“ oder „überwiegend“ von den Ärzten verstanden fühlten, waren dies bei den Patienten nur 60% ($p=0,3887$). Vom Personal verstanden fühlten sich 77% der Patientinnen, jedoch nur 63% der Patienten ($p=0,3644$).

18 von 47 Patientinnen (38%) waren der Meinung, „Meine Angehörigen werden ausreichend in meine Behandlung einbezogen“, während die Rate der Zustimmung bei den Patienten mit 19 von 38 (50%) deutlich höher lag ($p=0,5380$). 17 Patientinnen (36%) konnten dem „gar nicht“ zustimmen, bei den Männern betrug die Anzahl nur 10 (26%). – Dies kann daran liegen, daß die Versorgung von Kranken im häuslichen Bereich weiterhin überwiegend von Frauen geleistet wird und diese sich daher mehr um Informationen über ihre kranken Angehörigen bemühen, oder **einen** tatsächlichen Unterschied in der Information durch den Arzt widerspiegeln.

Der Aussage „An den Schwestern und Pflegern habe ich oft etwas auszusetzen.“ stimmten nur 8% der Patienten zu, während 23% der Patientinnen sich für diese Antworten entschieden ($p=0,2542$).

Bei zwei Items fiel ein statistisch signifikanter Unterschied des Antwortverhaltens in Abhängigkeit vom Geschlecht auf.

Bewertungsunterschiede mit hoher Signifikanz	Frauen¹	Männer¹	p
Die Ärzte interessieren sich für meine Fragen und Sorgen. (12)	37	25	0,0255
Es werden genügend Einzelgespräche angeboten. (52)	66	32	0,0111

¹ Angaben der Zustimmung „voll“ oder „überwiegend“ zu den jeweiligen Items in Prozent.

Tabelle 16: Signifikante Bewertungsunterschiede in Abhängigkeit vom Geschlecht

Zusammenfassend zeigen sich die Patientinnen in den globalen Zufriedenheitsäußerungen zufriedener als ihre Mitpatienten. Die Bereiche „Information“, „Therapie“ und die Items, die sich mit „Empathie“ befassen, wurden von den Patientinnen deutlich positiver bewertet als von den Patienten. Kritischer sahen die Patientinnen die Bereiche „Medikation“ – was durchaus auf ein verschiedenes Ordnungsverhalten in der Stichprobe zurückzuführen ist –, „Visite“ und den Zustand der Station.

Bei den globalen Zufriedenheitsäußerungen zeigte sich, wie in der Literatur beschrieben, daß die Patientinnen zufriedener mit der Behandlung waren als ihre Mitpatienten. Auch in vielen Teilbereichen zeigte sich diese Bild. Neben einer tatsächlich differenten Versorgung – in unserer Stichprobe in puncto Medikation – sind Rollenverständnis und -verhalten möglicherweise für diese Unterschiede (mit-) verantwortlich.

Übersicht über das Antwortverhalten, nach Geschlechtern getrennt

Item	Frauen ¹	Männer ¹	p
Ich würde mich wieder hier behandeln lassen.	70	58	0,3706
Ich bin mit meiner Krankheit hier gut aufgehoben.	60	53	0,4211
Ich bin mit dem Behandlungserfolg zufrieden.	66	32	0,3940
Insgesamt bin ich mit der Behandlung zufrieden.	66	57	0,6599
Ich habe von der Behandlung profitiert.	61	59	0,7969
Die Klinik hat keinen guten Ruf.	23	37	0,3459
Die Dosierung meiner Medikamente wird mit mir besprochen.	68	50	0,1916
Über Nebenwirkungen der Medikamente hat der Arzt mich gut informiert.	28	47	0,3989
Oft kann man den Gesprächen bei der Visite nicht folgen.	31	16	0,1033
Ich habe nach der Visite oft noch Fragen.	42	23	0,4697
Die Visite ist oft zu kurz.	36	47	0,4182
Es werden genügend Einzelgespräche angeboten.	66	32	0,0111
Die Einzelgespräche helfen mir.	72	50	0,1814
Die Arbeitstherapie hilft mir.	74	66	0,6624
Die Beschäftigungstherapie hilft mir, mit meiner Erkrankung klarzukommen.	53	28	0,2742
Ich werde so weit wie möglich vom Arzt in die Entscheidungen über meine Behandlung einbezogen.	53	34	0,3909
Mir werden zu viele Psychopharmaka verabreicht.	32	18	0,2820
Die Nebenwirkungen der Medikamente überwiegen für mich den Nutzen.	33	18	0,0691
Ich werde in der Therapie zu Dingen gedrängt, die ich eigentlich nicht will.	15	26	0,5764

Item	Frauen ¹	Männer ¹	p
Alle Untersuchungen sind notwendig.	64	44	0,4515
Die Fernsehmöglichkeiten sind ausreichend.	79	61	0,4851
Der feste Tagesablauf hilft mir, mit meiner Erkrankung klarzukommen.	49	45	0,6316
Die Klinik ist modernisierungsbedürftig.	55	34	0,3719
Es gibt auf Station nicht genügend Gemeinschaftsräume.	40	29	0,3659
Ich fühle mich vom Pflegepersonal verstanden.	77	63	0,3644
Ich fühle mich von den Ärzten verstanden.	77	60	0,3887
An den Schwestern und Pflegern habe ich oft etwas auszusetzen.	23	8	0,4914
Meine Angehörigen werden ausreichend in meine Behandlung einbezogen.	38	50	0,5380

¹ Zustimmung „voll“ oder „überwiegend“ zu den jeweiligen Items in Prozent.

Tabelle 17: Antwortverhalten, nach Geschlechtern getrennt

Unterschiedliches Antwortverhalten in Abhängigkeit vom Patientenalter

Globale Behandlungsbewertung

Auch bei der Betrachtung des Antwortverhaltens in Abhängigkeit vom Alter der Patientinnen und Patienten lassen sich bei einigen Items interessante Unterschiede feststellen. So läßt sich bei den Items, die eine globale Bewertung der Behandlung beinhalten und positiv formuliert sind, durchgängig eine höhere Zustimmung bei den älteren Patienten feststellen. Auch der Abstand zu den Zustimmungswerten der jungen Patienten ist gleichbleibend. Während bei den älteren Patienten Zustimmungswerte von etwa 70% durchgängig bei den positiv formulierten globalen Items zu finden sind, schätzen die jüngeren Patienten die globale Situation nicht so positiv ein. Beim Item „Die Klinik hat keinen guten Ruf“ war wiederum die Zustimmung der jungen Patienten mit 36% deutlich höher als die der älteren Patienten ($p=0,0537$).

Da diese Items im Fragebogen zufällig verteilt sind, läßt das gleichsinnige Antwortverhalten ein Mindestmaß an Objektivität der Untersuchung vorhanden erscheinen.

Globale Behandlungsbewertung	Junge¹	Alte¹	p
Ich würde mich wieder hier behandeln lassen.	70	58	0,4376
Ich bin mit meiner Krankheit hier gut aufgehoben.	60	53	0,8125
Ich bin mit dem Behandlungserfolg zufrieden.	66	32	0,8069
Insgesamt bin ich mit der Behandlung zufrieden.	66	57	0,0796
Ich habe von der Behandlung profitiert.	61	59	0,1055
Die Klinik hat <u>keinen</u> guten Ruf.	23	37	0,0537

¹ Die Hälfte der Patienten bei der Befragung war 35 Jahre und jünger, die andere Hälfte war älter. Angaben der Zustimmung „voll“ oder „überwiegend“ zu den jeweiligen Items in Prozent.

Tabelle 18: Globale Behandlungsbewertung in Abhängigkeit vom Patientenalter

Bewertung der professionellen Behandlungsdimension

Bei der Bewertung der Informationen durch das ärztliche Personal unter Berücksichtigung des Patientenalters gibt es keinen eindeutigen Trend. Während bei den jungen Patienten 53% der Aussage „Über Nebenwirkungen der Medikamente hat der Arzt mich gut informiert“ zustimmten, waren es bei den älteren nur 26% ($p=0,0486$). Dagegen fanden 86% der älteren Patienten, daß „die Erklärungen der Ärzte... ..gut verständlich (sind)“. Bei den jungen Patienten fiel die Zustimmung mit 69% deutlich niedriger aus ($p=0,0504$).

Die Visiten wurden ebenfalls nicht eindeutig unterschiedlich eingeschätzt. So lag der Anteil der Patienten, die dem Item „Oft kann man den Gesprächen bei der Visite nicht folgen.“ zustimmten, mit 30% deutlich höher als in der Gruppe der jungen Patienten (19%, $p=0,0769$). Beim Item „Bei der Visite wird mehr über die Patienten gesprochen als mit ihnen.“ zeigte sich dagegen ein anderes Bild. Während bei den jungen Patienten 37% diesem Item „voll“ oder „überwiegend“ zustimmten, waren es bei den älteren Patienten nur 23% ($p=0,1525$). Die Einschätzung der therapeutischen Angebote war nicht wesentlich vom Alter der befragten Patienten abhängig.

Professionelle Behandlungsdimension	Junge¹	Alte¹	p
Die Dosierung meiner Medikamente ist genau richtig.	34	60	0,0276
Die Erklärungen der Ärzte sind gut verständlich.	69	86	0,0504
Oft kann man den Gesprächen bei der Visite nicht folgen.	19	30	0,0769
Es werden genügend Einzelgespräche angeboten.	46	56	0,5623
Die Ärzte bleiben auch in kritischen Situationen ruhig.	62	85	0,1301

¹ Die Hälfte der Patienten bei der Befragung war 35 Jahre und jünger, die andere Hälfte war älter. Angaben der Zustimmung „voll“ oder „überwiegend“ zu den jeweiligen Items in Prozent.

Tabelle 19: Bewertung der professionellen Behandlungsdimension und Patientenalter

Bewertung der Stationsumgebung

Lediglich die hygienischen Verhältnisse auf den Stationen wurden von den älteren Patientinnen und Patienten kritischer gesehen als von den jungen. Ansonsten zeigte sich der aus der Literatur bekannte Trend, daß die älteren Patienten zufriedener sind und daher eher positiv formulierten Items zustimmen, auch am Beispiel der Items, die die Stationsumgebung beschreiben.

Materielle Aspekte der Behandlungssituation	Junge¹	Alte¹	p
Es sind zu wenig Duschen und Bäder vorhanden.	33	48	0,4128
Die hygienischen Verhältnisse der Station lassen zu wünschen übrig.	19	42	0,0384
Die Fernsehmöglichkeiten sind gut.	62	79	0,2850
Das Essen ist von guter Qualität.	36	67	0,0719
Das Essen ist nicht abwechslungsreich genug.	48	33	0,0919

¹ Die Hälfte der Patienten bei der Befragung war 35 Jahre und jünger, die andere Hälfte war älter. Angaben der Zustimmung „voll“ oder „überwiegend“ zu den jeweiligen Items in Prozent.

Tabelle 20: Bewertung materieller Aspekte in Abhängigkeit vom Patientenalter

Bewertung der psychosozialen Dimension

Während die materielle Dimension der Behandlung durchaus unterschiedlich bewertet wurde, zeigte sich bei der Bewertung der professionellen und psychosozialen Behandlungsaspekte eine deutlich positivere Einschätzung durch die älteren Patienten:

Empathie	Junge¹	Alte¹	p
Ich fühle mich von den Ärzten verstanden.	61	79	0,1625
Die Ärzte interessieren sich für meine Fragen und Sorgen.	64	81	0,2436
Das Verhältnis der Ärzte zu den Patienten ist gut.	73	86	0,4746
Die Pflegekräfte haben ein gutes Verhältnis zu den Patienten.	69	77	0,1502
Wenn man sie braucht, sind die Schwestern und Pfleger für einen da.	76	93	0,1603

¹ Die Hälfte der Patienten bei der Befragung war 35 Jahre und jünger, die andere Hälfte war älter. Angaben der Zustimmung „voll“ oder „überwiegend“ zu den jeweiligen Items in Prozent.

Tabelle 21: Bewertung der Empathie in Abhängigkeit vom Patientenalter

Autonomie

Der Bereich Autonomie wurde ambivalent gesehen. Während sich mit 40% der jungen Patienten eine relativ große Gruppe der Aussage „Ich werde in der Therapie zu Dingen gedrängt, die ich eigentlich nicht will.“ anschließen konnte (bei den alten Patienten nur 24%), wurde die Privatsphäre und die individuelle Behandlung von den älteren Patienten deutlich positiver gesehen als in der Gruppe der jungen Patienten.

Autonomie	Junge ¹	Alte ¹	p
Ich werde in der Therapie zu Dingen gedrängt, die ich eigentlich nicht will.	40	24	0,0573
Ich werde hier wirklich als Einzelperson behandelt.	51	70	0,4242
Auf der Station habe ich genug Privatsphäre.	26	45	0,2854

¹ Die Hälfte der Patienten bei der Befragung war 35 Jahre und jünger, die andere Hälfte war älter. Angaben der Zustimmung „voll“ oder „überwiegend“ zu den jeweiligen Items in Prozent.

Tabelle 22: Bewertung der Autonomie in Abhängigkeit vom Patientenalter

Zusammenfassend zeigte sich der aus der Literatur bekannte Trend, daß die älteren Patienten mit der Behandlung zufriedener waren und die Versorgungssituation positiver bewerteten, während die jüngeren Patienten eher kritischer waren.

Den Items mit negativen Inhalten stimmten nie mehr als die Hälfte „voll“ oder „überwiegend“ zu. Die älteren Patienten zeigten bei den positiv formulierten Items deutliche Mehrheiten. Ein deutliches Beispiel für dieses Verhalten bieten die Items zum Thema „Essen“:

Essen	Junge ¹	Alte ¹	p
Das Essen ist von guter Qualität.	36	67	0,0719
Die Essenszeiten sind günstig.	61	88	0,0527
Das Essen zu wenig abwechslungsreich.	48	33	0,0919

¹ Die Hälfte der Patienten bei der Befragung war 35 Jahre und jünger, die andere Hälfte war älter. Angaben der Zustimmung „voll“ oder „überwiegend“ zu den jeweiligen Items in Prozent.

Tabelle 23: Bewertung des Essens in Abhängigkeit vom Patientenalter

Positiv formulierte Items, von „alten“ Patienten mehrheitlich zugestimmt:

„Insgesamt bin ich mit der Behandlung zufrieden.“ Diesem Item stimmten 71% der alten und 51% der jungen Patienten „voll“ oder „überwiegend“ zu ($p=0,8069$).

„Ich habe von der Behandlung profitiert“, urteilten 70% der alten und 50% der jungen Patienten ($p=0,01055$).

„Ich würde mich wieder hier behandeln lassen“, meinten 74% der alten und 57% der jungen Patienten ($p=0,4376$).

„Ich bin mit meiner Krankheit hier gut aufgehoben“, meinten 64% der alten und 53% der jungen Patienten ($p=0,8125$).

„Wenn man sie braucht, sind die Schwestern und Pfleger für einen da“. Dem stimmten 93% der alten Patienten „voll“ oder „überwiegend“ zu, bei den jungen Patienten lag die Rate bei 76% ($p=0,1603$).

„Die Ärzte bleiben auch in kritischen Situationen ruhig“, fanden 85% der alten, jedoch nur 62% der jungen Patienten ($p=0,1301$).

„Der feste Tagesablauf hilft mir, mit meiner Erkrankung klar zu kommen.“ – Dieser Meinung waren 39% der jungen und 52% der alten Patienten ($p=0,3231$).

„Es ist sinnvoll, daß Patienten in der Psychiatrie alltägliche Aufgaben, wie Betten beziehen und den Tisch decken, selber verrichten.“ Dem stimmten 86% der alten und 62% der jungen Patienten zu ($p=0,0769$).

„Die Besuchszeiten reichen aus“, meinten 86% der alten Patienten. Bei den jungen Patienten waren es nur 55% ($p=0,0517$).

„Die Fernsehmöglichkeiten sind gut“, befanden 79% der alten Patienten „voll“ oder „überwiegend“, während sich dieser Meinung nur 62% der jungen Patienten anschlossen ($p=0,2850$).

„Das Essen ist von guter Qualität“, fanden 67% der älteren Patienten. Bei den jüngeren Patienten waren es mit 36% nur etwas mehr als die Hälfte ($p=0,0719$).

„Die Essenszeiten sind günstig.“ So urteilten 88% der älteren Patienten, während sich von den jungen Patienten nur 61% der Meinung anschließen konnten ($p=0,0527$).

„Ich werde hier wirklich als Einzelperson behandelt“, meinten 70% der älteren und 51% der jüngeren Patienten ($p=0,4242$).

„Das Verhältnis der Ärzte zu den Patienten ist gut“, fanden 86% der alten im Vergleich zu 73% der jungen Patienten ($p=0,4746$).

Von den Ärzten verstanden fühlten sich 79% der älteren und 61% der jüngeren Patienten ($p=0,5071$).

„Die Pflegekräfte haben ein gutes Verhältnis zu den Patienten“, urteilten 77% der älteren Patienten. Bei den jüngeren Patienten lag die Rate bei 69% ($p=0,1502$).

„Die Ärzte interessieren sich für meine Fragen und Sorgen“, fanden 81% der älteren und 64% der jüngeren Patienten ($p=0,2436$).

„Die Erklärungen der Ärzte sind gut verständlich“, empfanden 86% der alten Patienten und 69% der jungen Patienten ($p=0,0504$).

„Es werden genügend Einzelgespräche angeboten“, meinten 56% der alten, jedoch nur 46% der jungen Patienten ($p=0,5623$).

„Die Dosierung meiner Medikamente ist genau richtig“, gaben mit 60% fast doppelt so viele alte wie junge (34%) Patienten an ($p=0,0276$).

„Die Medikamente helfen mir, mich gesünder zu fühlen“, urteilten 54% der alten und 44% der jungen Patienten ($p=0,7535$).

Positiv formuliertes Item, von „**jungen**“ Patienten mehrheitlich zugestimmt:

„Über Nebenwirkungen der Medikamente hat der Arzt mich gut informiert.“ Das einzige Item, das positiv formuliert ist und dem mit 56% deutlich mehr junge als alte (26%) Patienten „voll“ oder „überwiegend“ zustimmten ($p=0,1446$).

Negativ formulierte Items, von „**alten**“ Patienten mehrheitlich zugestimmt:

„Der Aufenthalt in dieser Klinik dauert meistens länger als nötig“; Zustimmung von 49% der „alten“ Patienten, jedoch nur 37% der „jungen“ ($p=0,5470$). Betrachtet man die Anzahl der Hospitalisierungen, so fällt auf, daß dieser Aussage bei den ersthospitalisierten Patienten nur 35% „voll“ oder „überwiegend“ zustimmen, während dies bei den Patienten, die mehr als viermal hospitalisiert wurden, 65% sind. Betrachtet man die kumulierte bisherige Hospitalisierungszeit, zeigt sich, daß die Aussage von den Patienten mit bis zu einem Monat Hospitalisierungszeit zu 43% „voll“ oder „überwiegend“ getragen wird und von den Patienten mit mehr als einem Jahr kumulierter Hospitalisierungszeit sogar 69% dieser Aussage „voll“ oder „überwiegend“ zustimmten. Erstaunlicherweise zeigen gerade die Patienten, die in der ersten Woche ihres stationären Aufenthaltes befragt wurden, eine hohe Zustimmung zu dieser Aussage, die eventuell durch eine ablehnende

Haltung gegenüber dem Aufenthalt bedingt ist. Ein Absinken der Zustimmung könnte mit dem Abbau von negativen Vorurteilen gegenüber der Psychiatrie, mit positiven Erfahrungen oder – wie in der Einleitung beschrieben – durch Assimilation bedingt sein.

„Die hygienischen Verhältnisse der Station lassen zu wünschen übrig“, fanden 42% der alten, aber nur 19% der jungen Patienten ($p=0,0384$).

„Es sind zu wenig Duschen und Bäder vorhanden.“ Auch bei diesem Punkt zu den sanitären Gegebenheiten waren die alten Patienten mit 48% Zustimmung deutlich kritischer als die jungen Patienten mit 33% ($p=0,4128$).

„Oft kann man den Gesprächen bei der Visite nicht folgen“, fanden 30% der alten und 19% der jungen Patienten ($p=0,0769$).

Negativ formulierte Items, von „**jungen**“ Patienten mehrheitlich zugestimmt

„Auf meine Entlassung bin ich kaum vorbereitet“ (41% der „jungen“ Patienten stimmten zu, 24% der „alten“ Patienten, $p=0,0932$).

„Vor Untersuchungen muß ich oft lange warten.“ Diesem Item stimmten 24% der jungen Patienten zu. Nur 9% der alten Patienten waren „voll“ oder „überwiegend“ dieser Meinung ($p=0,0501$).

„Die Klinik hat keinen guten Ruf.“ Im Gegensatz zu 36% der jungen Patienten waren nur 23% der alten Patienten dieser Meinung ($p=0,0537$).

„Ich werde nicht gründlich genug untersucht.“ 31% der Jungen stimmten „voll“ oder „überwiegend“ zu, dagegen nur 14% der alten Patienten ($p=0,0240$).

„Die Ärzte tun nur das Nötigste.“ – Diese Aussage wurde von 32% der jüngeren Patienten „voll“ oder „überwiegend“ vertreten. Bei den älteren Patienten lag die Rate bei 19% ($p=0,2496$).

„Es kommt öfter vor, daß sich Patienten über Ärzte beschweren“, meinten 43% der jungen, aber nur 21% der älteren Patienten ($p=0,0335$).

„Das Essen ist nicht abwechslungsreich genug“ fanden 48% der jungen Patienten im Vergleich zu 33% der alten Patienten ($p=0,0919$).

„Ich werde in der Therapie zu Dingen gedrängt, die ich eigentlich nicht will.“ Dieser Aussage stimmten 40% der jungen Patienten „voll“ oder „überwiegend“ zu, während die Quote bei den älteren Patienten nur bei 24% lag ($p=0,0573$).

„Bei der Visite wird mehr über die Patienten gesprochen als mit ihnen“, meinten 37% der jungen, aber nur 23% der alten Patienten ($p=0,1525$).

„Mir werden zu viele Psychopharmaka verabreicht“, meinten 31% der jungen und 23% der alten Patienten ($p=0,1139$).

Bewertungsunterschiede mit hoher Signifikanz	Junge¹	Alte¹	p
Die hygienischen Verhältnisse der Station lassen zu wünschen übrig.	19	42	0,0384
Mir werden Medikamente, von denen ich eine Besserung erwarte, vorenthalten.	29	5	0,0098
Ich werde nicht gründlich genug untersucht.	31	14	0,0240
Mir werden in der Therapie Lösungsansätze für meine Probleme vermittelt.	18	21	0,0416
Die Dosierung meiner Medikamente ist genau richtig.	34	60	0,0276

¹ Die Hälfte der Patienten bei der Befragung war 35 Jahre und jünger, die andere Hälfte war älter. Angaben der Zustimmung „voll“ oder „überwiegend“ zu den jeweiligen Items in Prozent.

Tabelle 24: Signifikante Bewertungsunterschiede in Abhängigkeit vom Alter

Übersicht über das Antwortverhalten, nach Alter getrennt

Item	Junge ¹	Alte ¹	p
Ich würde mich wieder hier behandeln lassen.	57	74	0,4376
Ich bin mit meiner Krankheit hier gut aufgehoben.	53	64	0,8125
Insgesamt bin ich mit der Behandlung zufrieden.	51	71	0,8069
Ich habe von der Behandlung profitiert.	50	70	0,1055
Die Medikamente helfen mir, mich gesünder zu fühlen.	44	54	0,7535
Mir werden Medikamente, von denen ich eine Besserung erwarte, vorenthalten.	29	5	0,0098
Mir werden zu viele Psychopharmaka verabreicht.	31	23	0,1139
Die Dosierung meiner Medikamente ist genau richtig.	34	60	0,0276
Über Nebenwirkungen der Medikamente hat der Arzt mich gut informiert.	53	26	0,1446
Es werden genügend Einzelgespräche angeboten.	46	56	0,5623
Oft kann man den Gesprächen bei der Visite nicht folgen.	19	30	0,0769
Bei der Visite wird mehr über die Patienten gesprochen als mit ihnen.	37	23	0,1525
Die Erklärungen der Ärzte sind gut verständlich.	69	86	0,0504
Ich werde in der Therapie zu Dingen gedrängt, die ich eigentlich nicht will.	40	24	0,0573
Die Ärzte interessieren sich für meine Fragen und Sorgen.	64	81	0,2436
Die Pflegekräfte haben ein gutes Verhältnis zu den Patienten.	69	77	0,1502
Es kommt öfter vor, daß sich Patienten über Ärzte beschweren.	43	21	0,0335
Ich fühle mich von den Ärzten verstanden.	61	79	0,1625
Das Verhältnis der Ärzte zu den Patienten ist gut.	73	86	0,4746
Ich werde hier wirklich als Einzelperson behandelt.	51	70	0,4242

Item	Junge ¹	Alte ¹	p
Auf der Station habe ich genug Privatsphäre.	26	45	0,2854
Es sind zu wenig Duschen und Bäder vorhanden.	33	48	0,4128
Die hygienischen Verhältnisse der Station lassen zu wünschen übrig.	19	42	0,0384
Das Essen ist von guter Qualität.	36	67	0,0719
Das Essen ist nicht abwechslungsreich genug.	48	33	0,0919
Die Essenszeiten sind günstig.	61	88	0,0527
Die Fernsehmöglichkeiten sind gut.	62	79	0,2850
Die Besuchszeiten reichen aus.	55	86	0,0517
Es ist sinnvoll, daß Patienten in der Psychiatrie alltägliche Aufgaben, wie Betten beziehen und den Tisch decken, selber verrichten.	62	86	0,0769
Der feste Tagesablauf hilft mir, mit meiner Erkrankung klar zu kommen.	39	52	0,3231
Die Ärzte bleiben auch in kritischen Situationen ruhig.	62	85	0,1301
Die Ärzte tun nur das Nötigste.	32	19	0,2496
Wenn man sie braucht, sind die Schwestern und Pfleger für einen da.	76	93	0,1603
Ich werde nicht gründlich genug untersucht.	31	14	0,0240
Die Klinik hat keinen guten Ruf.	36	23	0,0537
Vor Untersuchungen muß ich oft lange warten.	24	9	0,0501
Der Aufenthalt hier dauert meistens länger als nötig.	37	49	0,5470
Auf meine Entlassung bin ich kaum vorbereitet.	41	27	0,0932

¹ Die Hälfte der Patienten bei der Befragung war 35 Jahre und jünger, die andere Hälfte war älter. Angaben der Zustimmung „voll“ oder „überwiegend“ zu den jeweiligen Items in Prozent.

Tabelle 25: Übersicht über das Antwortverhalten, nach Altersgruppen getrennt

Unterschiedliches Antwortverhalten von Patientinnen und Patienten auf offenen und geschlossenen Stationen

Globale Behandlungsbewertung

Betrachtet man die Patienten getrennt nach den Stationen, auf denen sie zum Zeitpunkt der Befragung untergebracht waren, so fällt auf, daß die Patienten, die auf offenen Stationen befragt wurden, in der Regel die Items zur globalen Behandlungsbewertung positiver beantworteten als die Patienten, die auf geschlossenen Stationen befragt wurden. Allerdings muß bei der Betrachtung berücksichtigt werden, daß neben den tatsächlichen Unterschieden in der Behandlung, dem psychosozialen Umfeld und der Stationsumgebung auch Artefakte das Bild verfälschen können. So sind die schwer kranken Patienten eher auf geschlossenen Stationen untergebracht und die Patienten auf offenen Stationen sind oftmals vorher auf geschlossenen Stationen untergebracht gewesen, so daß es hier neben Kontrasteffekten auch zu Verfälschungen der Ergebnisse durch Assimilationsvorgänge gekommen sein kann.

Fast 80% der Patienten, die auf offenen Stationen befragt wurden, stimmten dem Item „Ich würde mich wieder hier behandeln lassen“ „voll“ oder „überwiegend“ zu. Bei den Patienten, die auf geschlossenen Stationen befragt wurden waren es nur etwas mehr als die Hälfte der Befragten (53%, $p=0,0238$).

Auch die Aussage „Ich bin mit meiner Krankheit hier gut aufgehoben“ erfuhr bei den auf offenen Stationen befragten Patienten mit 73% eine deutlich höhere Zustimmung als bei den geschlossen untergebrachten Patienten (44%, $p=0,039$).

„Insgesamt ... mit der Behandlung zufrieden“ zeigten sich 68% der offen untergebrachten Patienten, während die Rate bei den Patienten auf geschlossenen Stationen mit 56% deutlich niedriger lag ($p=0,042$).

Bei der Beurteilung des Behandlungserfolges waren keine Unterschiede zwischen offen und geschlossen untergebrachten Patienten zu finden. Zwei Items („Ich habe von der Behandlung profitiert“ ($p=0,0852$) und „Ich bin mit dem Behandlungserfolg zufrieden“ ($p=0,6330$)) wurden von beiden Gruppen praktisch gleich mit 60% bzw. 61% beantwortet.

Globale Behandlungsbewertung	geschl.¹	offen¹	p
Ich würde mich wieder hier behandeln lassen.	53	78	0,0238
Insgesamt bin ich mit der Behandlung zufrieden.	56	68	0,0042
Ich habe von der Behandlung profitiert.	60	61	0,0852
Ich bin mit meiner Krankheit hier gut aufgehoben.	44	73	0,0039
Insgesamt bin ich mit der Behandlung zufrieden.	56	68	0,004

¹ 44 Patienten waren auf geschlossenen, 41 Patienten auf offenen Stationen untergebracht. Angaben der Zustimmung „voll“ oder „überwiegend“ zu den jeweiligen Items in Prozent.

Tabelle 26: Globale Behandlungsbewertung in Abhängigkeit vom Unterbringungsort

Bewertung der professionellen Behandlungsdimension

Auch in diesem Bereich gibt es Unterschiede im Antwortverhalten zwischen geschlossen und offen untergebrachten Patienten. Die Informationen durch die Ärzte wurden von den offen untergebrachten Patienten deutlich positiver gesehen als von den geschlossen untergebrachten. So stimmten dem Item „Die Dosierung meiner Medikamente wird mit mir besprochen“ 77% der offen untergebrachten Patienten zu, jedoch nur 51% der Patienten, die auf geschlossenen Stationen befragt wurden ($p=0,1208$). Das Item „Über meine Medikamente wird mit mir zu wenig gesprochen“ bestätigte dieses Antwortverhalten. Während mit 48% fast die Hälfte der geschlossen untergebrachten Patienten „voll“ oder „überwiegend“ zustimmten, lag die Rate bei den Patienten auf offenen Stationen nur bei 28% ($p=0,0692$).

Bei der Beurteilung der Visiten unterschieden sich die Antworten nur beim Item „Bei der Visite wird mehr über die Patienten gesprochen als mit ihnen“ deutlich. Während dieser Aussage 40% der geschlossen untergebrachten Patienten zustimmten, lag die Rate der Zustimmung auf den offenen Stationen mit 20% deutlich niedriger ($p=0,0970$). Die übrigen Items zum Bereich „Visite“ wurden von beiden Gruppen ähnlich beantwortet.

Die therapeutischen Angebote wurden von den Patienten auf offenen Stationen wohlwollender beantwortet als von den auf geschlossenen Stationen untergebrachten Mitpatienten. So stimmten 56% der auf offenen Stationen befragten Patienten dem Item „Mir werden in der Therapie Lösungsansätze für meine Probleme vermittelt“ zu, während es in der Vergleichsgruppe nur 40% waren ($p=0,1133$). Dagegen waren 37% der geschlossen untergebrachten Patienten der Meinung „Ich werde in der

Therapie gegen meinen Willen zu Dingen gedrängt“, während die Rate der offen untergebrachten Patienten, die diesem Item zustimmten, mit 27% deutlich niedriger lag ($p=0,3465$).

Professionelle Behandlungsdimension	geschl.¹	offen¹	p
Mir werden zu viele Psychopharmaka verabreicht.	31	26	0,4256
Die Dosierung meiner Medikamente wird mit mir besprochen.	51	77	0,1208
Über meine Medikamente wird mit mir zu wenig gesprochen.	48	28	0,0692
Ich werde in der Therapie gegen meinen Willen zu Dingen gedrängt.	37	27	0,3465
Mir werden in der Therapie Lösungsansätze für meine Probleme vermittelt.	40	56	0,1133
Der Arzt spricht mit mir ausführlich über meine Erkrankung.	51	71	0,1516
Bei der Visite wird mehr über die Patienten gesprochen als mit ihnen.	40	20	0,0970
Oft haben die Ärzte zu wenig Zeit, auf meine Sorgen und Wünsche einzugehen.	37	54	0,1998

¹ 44 Patienten waren auf geschlossenen, 41 Patienten auf offenen Stationen untergebracht. Angaben der Zustimmung „voll“ oder „überwiegend“ zu den jeweiligen Items in Prozent.

Tabelle 27: Bewertung der professionellen Behandlungsdimension und Unterbringungsort

Bewertung der Stationsumgebung

Während die Essenszeiten und die Fernsehmöglichkeiten mit 81% ($p=0,3508$) bzw. 84% ($p=0,0138$) von den geschlossen untergebrachten Patienten deutlich positiver bewertet wurden als von den offen untergebrachten Patienten (68% und 56%), wurden die übrigen Items zur Stationsumgebung durch die offen untergebrachten Patienten positiver bewertet als durch ihre Mitpatienten. So wurde beispielsweise der Tagesablauf von 42% der Patienten auf geschlossenen Stationen als einengend betrachtet. Auf den offenen Stationen waren es nur 20% ($p=0,1007$). Dies scheint eine realistische Bewertung durch die Patienten zu sein, da der Tagesablauf auf den offenen Stationen tatsächlich lockerer und abwechslungsreicher ist. Auch die Beantwortung des Items „Der feste Tagesablauf hilft mir, mit meiner Erkrankung klar zu kommen“ spiegelt dies wieder. Während diesem Item nur 35% der Patienten auf geschlossenen Stationen zustimmten, waren es auf den offenen Stationen 56% ($p=0,2889$).

Auch die unterschiedlichen Bewertungen der Items „Nachts ist es auf der Station zu unruhig“ (16% Zustimmung auf den geschlossenen, nur 4% auf den offenen Stationen ($p=0,5190$)), „Die Belüftung der Zimmer ist schlecht“ (43% Zustimmung auf den geschlossenen Stationen, auf denen sich die Fenster wirklich nur teilweise öffnen lassen, im Gegensatz zu 29% Zustimmung auf den offenen Stationen, auf denen sich mehr Fenster öffnen ließen und die Patienten bei dem Bedürfnis nach frischer Luft einfach die Station verlassen können ($p=0,3846$)) lassen sich – wie die Aussagen zum Item „Die hygienischen Verhältnisse der Station lassen zu wünschen übrig“ – tatsächlich auf ein differentes stationäres Umfeld zurückführen. So waren neben der geringeren Zahl von Toiletten und Duschen auf den geschlossenen Stationen auch mehr Patienten in einem so krankem Zustand, daß die Toiletten tatsächlich öfter verschmutzt waren.

Die Bewertung der Besuchszeiten läßt sich durch das größere Maß an Autonomie der Patienten auf den offenen Stationen ebenfalls gut erklären. Während 39% der Patienten, die auf geschlossenen Stationen befragt wurden, dem Item „Die Besuchszeiten liegen ungünstig“ zustimmten, waren es auf den offenen Stationen nur 22% ($p=0,1159$). „Die Klinik ist modernisierungsbedürftig“ meinten 60% der geschlossen untergebrachten Patienten im Gegensatz zu 32% der Patienten auf offenen Stationen ($p=0,0286$).

Aber auch die Ansprüche der Patienten spielen, wie in der Einleitung erwähnt, sicherlich eine Rolle bei der Bewertung der Behandlung und des Behandlungsumfeldes. So sind trotz sehr ähnlicher Voraussetzungen in Bezug auf die Fernseh- und Telefonmöglichkeiten die Patienten auf den offenen Stationen mit dem Angebot wesentlich weniger zufrieden als die Patienten auf den geschlossenen Stationen („Die Möglichkeiten zu telefonieren sind unzureichend“: 28% Zustimmung auf geschlossenen, 73% auf offenen Stationen ($p=0,0011$); „Die Fernsehmöglichkeiten sind gut“: 84% Zustimmung auf geschlossenen, 56% auf offenen Stationen ($p=0,0138$)).

Stationsumgebung	geschl.¹	offen¹	p
Der Tagesablauf auf Station engt mich zu sehr ein.	42	20	0,1007
Der feste Tagesablauf hilft mir, mit meiner Erkrankung klar zu kommen.	35	56	0,2889
Die Möglichkeiten zu telefonieren sind unzureichend.	28	73	0,0011
Die Essenszeiten sind günstig.	81	68	0,3508
Die Klinik ist modernisierungsbedürftig.	60	32	0,0286
Nachts ist es auf der Station zu unruhig.	16	4	0,5190
Die Belüftung der Zimmer ist schlecht.	43	29	0,3846
Die hygienischen Verhältnisse der Station lassen zu wünschen übrig.	38	22	0,3887
Es sind zu wenig Duschen und Bäder vorhanden.	56	24	0,0077
Beschilderungen und Wegweiser sind hilfreich.	58	65	0,0154
Die Besuchszeiten liegen ungünstig.	39	22	0,1159
Die Fernsehmöglichkeiten sind gut.	84	56	0,0138

¹ 44 Patienten waren auf geschlossenen, 41 Patienten auf offenen Stationen untergebracht. Angaben der Zustimmung „voll“ oder „überwiegend“ zu den jeweiligen Items in Prozent.

Tabelle 28: Bewertung materieller Aspekte und Unterbringungsort

Bewertung der psychosozialen Dimension

Bei der Betrachtung des Antwortverhaltens bei den Items, die die psychosoziale Dimension behandelten, gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen den auf offenen und geschlossenen Stationen befragten Patienten.

Zusammenfassend zeigten sich je nach dem, ob die Patienten auf offenen oder geschlossenen Stationen befragt wurden, einige Unterschiede im Antwortverhalten. Besonders große Unterschiede zeigten sich erwartungsgemäß bei den Items, die das stationäre Umfeld betrafen. Hier bewerteten die Patienten, die auf offenen Stationen befragt wurden, fast durchgängig positiver als die Mitpatienten auf den geschlossenen Stationen.

Patienten der offenen Stationen zeigten bei vielen Items, besonders bei den Items zur globalen Bewertung, ein positiveres Antwortverhalten. Jedoch ist neben den tatsächlichen Unterschieden im stationären Umfeld auch an Artefakte durch unterschiedlich lange Verweildauern und damit verbundene Akkomodationsvorgänge zu denken sowie an eine auf den geschlossenen Stationen ausgeprägtere Psychopathologie. So fanden sich von den als leicht erkrankt eingestuften Patienten 11 auf geschlossenen und 21 auf offenen Stationen, während von den als schwer erkrankt eingestuften Patienten 33 auf geschlossenen und nur 20 auf offenen Stationen untergebracht waren.

Die Items, die sich mit der psychosozialen Dimension beschäftigten, wurden vom Unterbringungsmodus unabhängig beantwortet. Insbesondere die Items zum Themenbereich Empathie wurden sehr ähnlich auf offenen und geschlossenen Stationen beantwortet.

Bewertungsunterschiede mit hoher Signifikanz	geschl.¹	offen¹	p
Ich würde mich wieder hier behandeln lassen.	53	78	0,0238
Es sind zu wenig Duschen und Bäder vorhanden.	56	24	0,0077
Beschilderungen und Wegweiser sind hilfreich.	58	65	0,0154
Die Fernsehmöglichkeiten sind gut.	84	56	0,0138
Ärzte und andere Mitarbeiter arbeiten schlecht zusammen.	20	7	0,0442
Die Klinik ist modernisierungsbedürftig.	60	32	0,0286
Meine Angehörigen erhalten zu wenig Informationen.	37	20	0,0421
Die Möglichkeiten zu telefonieren sind unzureichend.	28	73	0,0011
Der Aufenthalt in dieser Klinik dauert meistens länger als nötig.	58	27	0,0162

Bewertungsunterschiede mit hoher Signifikanz	geschl.¹	offen¹	p
Auf meine Entlassung bin ich kaum vorbereitet.	42	28	0,0473
Ich bin mit meiner Krankheit hier gut aufgehoben.	44	73	0,0039
Mit meinen sozialen Problemen stehe ich alleine da.	45	21	0,0259
Insgesamt bin ich mit der Behandlung zufrieden.	56	68	0,0042

¹ 44 Patienten waren auf geschlossenen Stationen untergebracht, 41 Patienten auf offenen Stationen. Angaben der Zustimmung „voll“ oder „überwiegend“ zu den Items in Prozent.

Tabelle 29: Signifikante Bewertungsunterschiede in Abhängigkeit vom Unterbringungsmodus

Übersicht über das Antwortverhalten, nach Stationen (offene / geschlossene) getrennt, auf denen die Patienten befragt wurden

Item	geschl.¹	offen¹	p
Ich würde mich wieder hier behandeln lassen.	53	78	0,0238
Insgesamt bin ich mit der Behandlung zufrieden.	56	68	0,0042
Ich bin mit meiner Krankheit hier gut aufgehoben.	44	73	0,0039
Mir werden zu viele Psychopharmaka verabreicht.	31	26	0,4256
Die Dosierung meiner Medikamente wird mit mir besprochen.	51	77	0,1208
Über meine Medikamente wird mit mir zu wenig gesprochen.	48	28	0,0692
Ich werde in der Therapie gegen meinen Willen zu Dingen gedrängt.	37	27	0,3465

Item	geschl. ¹	offen ¹	p
Mir werden in der Therapie Lösungsansätze für meine Probleme vermittelt.	40	56	0,1133
Der Arzt spricht mit mir ausführlich über meine Erkrankung.	51	71	0,1516
Bei der Visite wird mehr über die Patienten gesprochen als mit ihnen.	40	20	0,0970
Oft haben die Ärzte zu wenig Zeit, auf meine Sorgen und Wünsche einzugehen.	37	54	0,1998
Das Verhältnis der Ärzte zu den Patienten ist gut.	72	88	0,2570
Personal und Patienten haben ein schlechtes Verhältnis zueinander.	16	3	0,4461
Der Tagesablauf auf Station engt mich zu sehr ein.	42	20	0,1007
Der feste Tagesablauf hilft mir, mit meiner Erkrankung klar zu kommen.	35	56	0,2889
Die Möglichkeiten zu telefonieren sind unzureichend.	28	73	0,0011
Die Essenszeiten sind günstig.	81	68	0,3508
Die Klinik ist modernisierungsbedürftig.	60	32	0,0286
Nachts ist es auf der Station zu unruhig.	16	4	0,5190
Die Belüftung der Zimmer ist schlecht.	43	29	0,3846
Die hygienischen Verhältnisse der Station lassen zu wünschen übrig.	38	22	0,3887
Es sind zu wenig Duschen und Bäder vorhanden.	56	24	0,0077
Beschilderungen und Wegweiser sind hilfreich.	58	65	0,0154
Die Besuchszeiten liegen ungünstig.	39	22	0,1159
Die Fernsehmöglichkeiten sind gut.	84	56	0,0138

Item	geschl. ¹	offen ¹	p
Die Betreuung durch Sozialarbeiter ist schlecht.	25	13	0,1534
Mit meinen sozialen Problemen stehe ich alleine da.	45	21	0,0259
Die Erklärungen der Schwestern und Pfleger sind oft schlecht verständlich.	28	7	0,1178
Meine Angehörigen erhalten zu wenig Informationen.	37	20	0,0421
Ärzte und andere Mitarbeiter arbeiten schlecht zusammen.	20	7	0,0442
Die Ärzte tun nur das Nötigste.	33	17	0,6936
Die Ärzte sind gut ausgebildet.	52	71	0,1250
Der Aufenthalt in dieser Klinik dauert meistens länger als nötig.	58	27	0,0162
Auf meine Entlassung bin ich kaum vorbereitet.	42	28	0,0473
Viele Patienten werden zu früh entlassen.	21	34	0,2141
Die Klinik hat einen schlechten Ruf.	34	24	0,6271

¹ 44 Patienten waren auf geschlossenen Stationen untergebracht, 41 Patienten auf offenen Stationen. Angaben der Zustimmung „voll“ oder „überwiegend“ zu den Items in Prozent.

Tabelle 30: Übersicht über das Antwortverhalten in Abhängigkeit vom Unterbringungsort

Unterschiedliches Antwortverhalten in Abhängigkeit vom Schweregrad der Erkrankung

Die Patienten wurden von den behandelnden Ärzten mittels CGI (Clinical Global Impressions) hinsichtlich der Schwere ihrer Erkrankung, der Entwicklung des Zustandes unter Therapie und der pharmakologischen Wirkungen und Nebenwirkungen eingestuft. Verglichen wurden die Patienten, die bezüglich des Schweregrades der Erkrankung als „überhaupt nicht krank“ bis „mäßig krank“ eingestuft wurden mit den Patienten, die als „deutlich krank“ bis „extrem schwer krank“ eingestuft wurden.

Globale Zufriedenheitsbewertung

Lediglich bei drei Items, die die globale Zufriedenheit abfragen, zeigt sich ein unterschiedliches Antwortverhalten. Diese positiv formulierten Items fanden unter den als leicht krank eingestuften Patienten deutlich mehr Zustimmung als bei den als schwer krank eingestuften Mitpatienten.

Dem Item „Ich habe von der Behandlung profitiert“ stimmten 66% der als „überhaupt nicht krank“ bis „mäßig krank“ eingestuften Patienten „voll“ oder „überwiegend“ zu, während es in der Gruppe der als „deutlich krank“ bis „extrem schwer krank“ eingestuften Patienten nur 57% waren ($p=0,5012$).

„Insgesamt ... mit der Behandlung zufrieden“ zeigten sich 71% der leicht erkrankten im Vergleich zu 56% der schwer erkrankten Patienten ($p=0,4567$).

„Ich bin mit meiner Krankheit hier gut aufgehoben“, fanden 69% der leicht erkrankten Patienten im Gegensatz zu nur 52% der schwer erkrankten Patienten ($p=0,4905$).

Die unterschiedliche Bewertung der globalen Items kann natürlich neben tatsächlichen Unterschieden in der Zufriedenheit auch ein Artefakt, z.B. Ausdruck einer resignativen Anpassung der durch eine längere Hospitalisierung (inzwischen) leichter kranken Patienten sein.

Globale Behandlungsbewertung	leicht¹	schwer¹	p
Ich würde mich wieder hier behandeln lassen.	69	63	0,2040
Ich bin mit meiner Krankheit hier gut aufgehoben.	69	52	0,4905
Ich bin mit dem Behandlungserfolg zufrieden.	56	61	0,4198
Insgesamt bin ich mit der Behandlung zufrieden.	71	56	0,4567
Ich habe von der Behandlung profitiert.	66	57	0,5012

¹ 32 Patienten waren von den Stationsärzten mittels CGI (s.o.) als „Grenzfall psychischer Erkrankung“ bis „mäßig krank“ bewertet worden. 53 Patienten wurden als „deutlich krank“ bis „extrem schwer krank“ eingestuft. Angaben der Zustimmung „voll“ oder „überwiegend“ zu den jeweiligen Items in Prozent.

Tabelle 31: Globale Behandlungsbewertung in Abhängigkeit vom Erkrankungsgrad

Bewertung der professionellen Behandlungsdimension

Die Medikation wurde von den als schwer krank eingestuften Patienten kritischer bewertet als von ihren Mitpatienten. So stimmten 35% der als schwer krank eingestuften Patienten dem Item „Die Nebenwirkungen der Medikamente überwiegen für mich den Nutzen“ „voll“ oder „überwiegend“ zu, während es in der Vergleichsgruppe nur 13% waren ($p=0,3291$). Auch hatten 34% der schwerer erkrankten Patienten den Eindruck „Mir werden zu viele Psychopharmaka verabreicht“. Von ihren Mitpatienten waren es nur 19% ($p=0,2898$). Die Rate der Patienten, die dem Item „Mir werden Medikamente, von denen ich eine Besserung erwarte, vorenthalten“ zustimmte, war in der Gruppe der schwer kranken Patienten mit 19% höher als in der Vergleichsgruppe mit 12% ($p=0,6107$).

Die Autonomie der Patienten wurde ambivalent gesehen. Zwar waren 61% der schwer erkrankten Patienten der Meinung, sie würden so weit wie möglich vom Arzt in die Entscheidung über ihre Behandlung einbezogen, in der Vergleichsgruppe der leicht erkrankten waren es jedoch nur 53% ($p=0,6533$). Dem Item „Ich werde in der Therapie gegen meinen Willen zu Dingen gedrängt“ stimmten aus der Gruppe der schwer kranken Patienten 35% „voll“ oder „überwiegend“ zu, während es in der Gruppe der leicht erkrankten Patienten nur 18% waren ($p=0,6120$).

Bei den Einzelgesprächen waren 74% der leicht erkrankten Patienten der Meinung, sie seien hilfreich, in der Vergleichsgruppe waren es nur 64% ($p=0,0546$). Von den als schwer krank eingeschätzten Patienten waren 58% der Meinung, es würden genügend Einzelgespräche angeboten. In der Vergleichsgruppe der leicht erkrankten Patienten waren es nur 41% ($p=0,5028$).

Dem Item „Die Beschäftigungstherapie hilft mir, mit meiner Erkrankung klarzukommen“ stimmten 45% der Patienten zu, während es in der Vergleichsgruppe nur 38% waren ($p=0,7361$). Als zu anstrengend empfanden 23% der schwer kranken Patienten die Beschäftigungstherapie, während es in der Gruppe der leicht kranken Patienten nur 4% waren ($p=0,4678$).

Die Visite wurde von den schwer kranken Patienten deutlich kritischer eingeschätzt. So gaben 28% (im Vergleich zu 19% der leicht erkrankten Patienten) an, „Oft kann ich den Gesprächen bei der Visite kaum folgen.“ ($p=0,2239$) – „Ich habe nach der Visite oft noch Fragen“, meinten 39% der schwer Kranken im Vergleich zu 28% der leicht erkrankten Patienten ($p=0,5459$). Den Eindruck, bei der Visite würde mehr über als mit den Patienten gesprochen, teilten 32% der schwer und 26% der mäßig kranken Patienten ($p=0,9126$).

Professionelle Behandlungssituation	leicht¹	schwer¹	p
Mir werden Medikamente, von denen ich eine Besserung erwarte, vorenthalten.	12	19	0,6107
Mir werden zu viele Psychopharmaka verabreicht.	19	34	0,2898
Die Nebenwirkungen der Medikamente überwiegen für mich den Nutzen.	13	35	0,3291
Ich werde so weit wie möglich vom Arzt in die Entscheidungen über meine Behandlung einbezogen.	53	61	0,6533
Ich werde in der Therapie gegen meinen Willen zu Dingen gedrängt.	18	35	0,6120
Die Einzelgespräche helfen mir.	74	64	0,0546
Es werden genügend Einzelgespräche angeboten.	41	58	0,5028

Professionelle Behandlungssituation	leicht¹	schwer¹	p
Die Beschäftigungstherapie hilft mir, mit meiner Erkrankung klarzukommen.	38	45	0,7361
Die BT ist mir zu anstrengend.	4	23	0,4678
Oft kann ich den Gesprächen bei der Visite kaum folgen.	19	28	0,2239
Ich habe nach der Visite oft noch Fragen.	28	39	0,5459
Bei der Visite wird mehr über die Patienten gesprochen als mit ihnen.	26	32	0,9126

¹ 32 Patienten waren von den Stationsärzten mittels CGI (s.o.) als „Grenzfall psychischer Erkrankung“ bis „mäßig krank“ bewertet worden. 53 Patienten wurden als „deutlich krank“ bis „extrem schwer krank“ eingestuft. Angaben der Zustimmung „voll“ oder „überwiegend“ zu den jeweiligen Items in Prozent.

Tabelle 32: Bewertung der professionellen Behandlungsdimension und Erkrankungsgrad

Bewertung der Stationsumgebung

Die Bewertung der Stationsumgebung ergab kein eindeutig vom Schweregrad der Erkrankung geprägtes Bild. So zeigte sich bei einigen negativ formulierten Items eine deutlich höhere Zustimmung bei den schwer erkrankten Patienten. 54% der schwer erkrankten Patienten waren der Meinung, die Klinik sei modernisierungsbedürftig. Dieser Meinung schlossen sich nur 34% der leicht erkrankten Patienten an. Im Gegensatz zu 48% der schwer Kranken waren nur 28% der leicht kranken Patienten der Meinung, es seien zu wenige Duschen und Bäder vorhanden. Auch die Besuchszeiten wurden von den schwerer erkrankten Patienten kritischer eingeschätzt. 38% waren der Meinung, „Die Besuchszeiten liegen ungünstig“, während unter den leicht erkrankten Patienten nur 19% dieser Meinung waren.

Stationsumgebung	leicht ¹	schwer ¹	p
Auf der Station habe ich genug Privatsphäre.	56	48	0,9018
Die Besuchszeiten liegen ungünstig.	19	38	0,1594
Es sind zu wenig Duschen und Bäder vorhanden.	28	48	0,3449
Die Fernsehmöglichkeiten sind gut.	56	79	0,0457
Die Klinik ist modernisierungsbedürftig.	34	54	0,1279
Die Möglichkeiten zu telefonieren sind unzureichend.	63	42	0,4315

¹ 32 Patienten waren von den Stationsärzten mittels CGI (s.o.) als „Grenzfall psychischer Erkrankung“ bis „mäßig krank“ bewertet worden. 53 Patienten wurden als „deutlich krank“ bis „extrem schwer krank“ eingestuft. Angaben der Zustimmung „voll“ oder „überwiegend“ zu den jeweiligen Items in Prozent.

Tabelle 33: Bewertung der Stationsumgebung in Abhängigkeit vom Erkrankungsgrad

Bewertung der psychosozialen Dimension

Die psychosoziale Dimension wurde von der schwerer kranken Patienten positiver bewertet als von ihren Mitpatienten. So hatten 92% der schwerer Kranken das Gefühl, Schwestern und Pfleger seien für sie da, wenn sie gebraucht würden, während es in der Gruppe der leicht erkrankten Patienten nur 75% waren. Auch das Verhältnis zwischen Pflegekräften und Patienten wurde von den schwerer erkrankten Patienten positiver eingeschätzt (75% im Vergleich zu 69%). Von den Ärzten fühlten sich 81% der schwerer erkrankten Patienten verstanden, während es in der Gruppe der leichter erkrankten Patienten nur 55% waren. Unter den leichter erkrankten Patienten hatten

22% häufig etwas an den Ärzten auszusetzen, während in der Gruppe der schwerer erkrankten Patienten nur 13% dieser Meinung waren.

Lediglich der Kontakt zu den Mitpatienten wurde von den leichter erkrankten Patienten positiver bewertet als von ihren schwerer erkrankten Mitpatienten (84% im Vergleich zu 74%).

Psychosoziale Dimension	leicht¹	schwer¹	p
Wenn man sie braucht, sind die Schwestern und Pfleger für einen da.	75	92	0,2597
Die Pflegekräfte haben ein gutes Verhältnis zu den Patienten.	69	75	0,4116
Ich fühle mich von den Ärzten verstanden.	55	81	0,1072
Ich habe häufig etwas an den Ärzten auszusetzen.	22	13	0,8652
Der Kontakt zu den Mitpatienten ist gut.	84	74	0,2227

¹ 32 Patienten waren von den Stationsärzten mittels CGI (s.o.) als „Grenzfall psychischer Erkrankung“ bis „mäßig krank“ bewertet worden. 53 Patienten wurden als „deutlich krank“ bis „extrem schwer krank“ eingestuft. Angaben der Zustimmung „voll“ oder „überwiegend“ zu den jeweiligen Items in Prozent.

Tabelle 34: Bewertung der Empathie in Abhängigkeit vom Erkrankungsgrad

Zusammenfassend zeigt sich bezüglich des Erkrankungsgrades kein einheitliches Antwortverhalten. Während bei einigen globalen Items zu erkennen war, daß die weniger schwer erkrankten Patienten diese Items positiver bewerteten, zeigten sich die Patienten den Therapieangeboten gegenüber ambivalent. So wurde die Medikation von den schwerer erkrankten Patienten deutlich kritischer gesehen. Auch die Visite wurde – was ihren Informationsgehalt und Umfang betrifft – von den schwerer kranken Patienten kritischer bewertet. Die Stationsumgebung wurde von den leichter erkrankten positiver bewertet. Dies ist insofern plausibel, als die weniger schwer erkrankten Patienten eher auf den in einem besseren baulichen Zustand befindlichen offenen Stationen untergebracht waren. Die psychosoziale Dimension der Behandlung wurde von den schwerer erkrankten Patienten positiver bewertet.

Der aus der Literatur bekannte Trend, daß schwerer erkrankte Patienten generell unzufriedener mit der Behandlung sind, konnte nicht in allen Teilbereichen der Befragung bestätigt werden.

Bewertungsunterschiede mit hoher Signifikanz	leicht¹	schwer¹	p
Die Fernsehmöglichkeiten sind gut.	56	79	0,0457

¹ 32 Patienten waren von den Stationsärzten mittels CGI (s.o.) als „Grenzfall psychischer Erkrankung“ bis „mäßig krank“ bewertet worden. 53 Patienten wurden als „deutlich krank“ bis „extrem schwer krank“ eingestuft. Angaben der Zustimmung „voll“ oder „überwiegend“ zu den jeweiligen Items in Prozent.

Tabelle 35: Signifikante Bewertungsunterschiede in Abhängigkeit vom Erkrankungsgrad

Übersicht über das Antwortverhalten, nach dem Grad der Erkrankung getrennt

Item	leicht ¹	schwer ¹	p
Ich habe von der Behandlung profitiert.	66	57	0,5012
Insgesamt bin ich mit der Behandlung zufrieden.	71	56	0,4567
Ich bin mit meiner Krankheit hier gut aufgehoben.	69	52	0,4905
Mir werden Medikamente, von denen ich eine Besserung erwarte, vorenthalten.	12	19	0,6107
Mir werden zu viele Psychopharmaka verabreicht.	19	34	0,2898
Die Nebenwirkungen der Medikamente überwiegen für mich den Nutzen.	13	35	0,3291
Ich werde so weit wie möglich in die Entscheidungen über meine Beh. einbezogen.	53	61	0,6533
Ich werde in der Therapie gegen meinen Willen zu Dingen gedrängt.	18	35	0,6120
Die Einzelgespräche helfen mir.	74	64	0,0546
Es werden genügend Einzelgespräche angeboten.	41	58	0,5028
Die Beschäftigungstherapie hilft mir, mit meiner Erkrankung klarzukommen.	38	45	0,7361
Die Beschäftigungstherapie ist mir zu anstrengend.	4	23	0,4678
Oft kann ich den Gesprächen bei der Visite kaum folgen.	19	28	0,2239
Ich habe nach der Visite oft noch Fragen.	28	39	0,5459
Bei der Visite wird mehr über die Patienten gesprochen als mit ihnen.	26	32	0,9126
Wenn man sie braucht, sind die Schwestern und Pfleger für einen da.	75	92	0,2597

Item	leicht ¹	schwer ¹	p
Die Pflegekräfte haben ein gutes Verhältnis zu den Patienten.	69	75	0,4116
Ich fühle mich von den Ärzten verstanden.	55	81	0,1072
Ich habe häufig etwas an den Ärzten auszusetzen.	22	13	0,8652
Die Ärzte sind gut ausgebildet.	50	68	0,3396
Auf der Station habe ich genug Privatsphäre.	56	48	0,9018
Die Besuchszeiten liegen ungünstig.	19	38	0,1594
Es sind zu wenig Duschen und Bäder vorhanden.	28	48	0,3449
Die Fernsehmöglichkeiten sind gut.	56	79	0,0457
Die Klinik ist modernisierungsbedürftig.	34	54	0,1279
Die Möglichkeiten zu telefonieren sind unzureichend.	63	42	0,4315
Über Möglichkeiten der Weiterbehandlung nach der Entlassung bin ich gut informiert.	81	59	0,4165
Mit den sozialen Problemen stehe ich alleine da.	38	30	0,8599
Einige Ärzte dieser Klinik haben einen weniger guten Ruf.	27	38	0,6892
Der Kontakt zu den Mitpatienten ist gut.	84	74	0,2227
Alle Untersuchungen sind notwendig.	57	71	0,3765
Die Klinik hat einen schlechten Ruf.	22	35	0,2478
Meine Angehörigen erhalten zu wenig Informationen.	13	38	0,2044
Der Aufenthalt in dieser Klinik dauert meistens länger als nötig.	38	46	0,8750
Viele Patienten werden zu früh entlassen.	34	24	0,1872

¹ 32 Patienten waren von den Stationsärzten mittels CGI (s.o.) als „Grenzfall psychischer Erkrankung“ bis „mäßig krank“ bewertet worden. 53 Patienten wurden als „deutlich krank“ bis „extrem schwer krank“ eingestuft. Angaben der Zustimmung „voll“ oder „überwiegend“ zu den jeweiligen Items in Prozent.

Tabelle 36: Übersicht über das Antwortverhalten in Abhängigkeit vom Erkrankungsgrad

Unterschiedliches Antwortverhalten in Abhängigkeit von der Änderung des Erkrankungsgrades

Globale Behandlungsbewertung

Betrachtet man die Antworten der Patienten in Abhängigkeit von der Änderung des Erkrankungsgrades, so fällt auf, daß die von den Ärzten als gebessert eingestuft Patienten die Items zur globalen Behandlungsbewertung positiver bewerteten als die Mitpatienten, die aus Sicht der Ärzte unverändert schwer erkrankt waren.

Auch das Item „Die Klinik hat einen schlechten Ruf“ wurde ähnlich beantwortet. Während 33% der als unverändert erkrankten Patienten diesem Item „voll“ oder „überwiegend“ zustimmten, waren es in der Gruppe der als gebessert eingeschätzten Patienten nur 26% ($p=0,7503$).

Items mit globalen Aussagen	besser ¹	gleich ¹	p
Ich würde mich wieder hier behandeln lassen.	67	63	0,8738
Ich bin mit meiner Krankheit hier gut aufgehoben.	64	56	0,4696
Ich bin mit dem Behandlungserfolg zufrieden.	67	51	0,1493
Insgesamt bin ich mit der Behandlung zufrieden.	71	52	0,0495
Ich habe von der Behandlung profitiert.	70	49	0,4924
Die Klinik hat einen schlechten Ruf.	26	33	0,7503

¹ 40 Patienten wurden von den Stationsärzten mittels CGI (s.o.) als gebessert eingestuft. 43 Patienten wurden als nicht deutlich verändert, also im Wesentlichen unverändert, eingestuft. Angaben der Zustimmung „voll“ oder „überwiegend“ zu den jeweiligen Items in Prozent.

Tabelle 37: Globale Behandlungsbewertung und Änderung des Erkrankungsniveaus

Bewertung der professionellen Behandlungsdimension

Bei der Bewertung der professionellen Behandlungsdimension zeigte sich kein eindeutiger durchgängiger Trend. So wurde von den als unverändert krank eingestuft Patienten die Information über Medikamente und Nebenwirkungen positiver bewertet als von ihren als gebessert eingestuft Mitpatienten. 70% der erstgenannten Gruppe stimmte dem Item „Die

Dosierung meiner Medikamente wird mit mir besprochen“ „voll“ oder „überwiegend“ zu. In der Gruppe der als gebessert eingestuften Patienten lag die Zustimmung im Vergleich nur bei 61% ($p=0,4660$). Dem Item „Über Nebenwirkungen der Medikamente hat der Arzt mich gut informiert“ stimmten immerhin 43% der unverändert Kranken zu, während 34% der als gebessert eingestuften Patienten diesem Item zustimmten ($p=0,9690$).

Die Medikation wurde dagegen von den als gebessert eingestuften Patienten positiver bewertet. So waren 63% von ihnen der Meinung, die Dosierung ihrer Medikamente sei genau richtig. Außerdem stimmten 54% dieser Gruppe dem Item „Die Medikamente helfen mir, mich gesünder zu fühlen“ zu. Dagegen waren aus der Gruppe der Patienten, die als unverändert erkrankt eingestuft wurden, nur 33% der Meinung, die Dosierung ihrer Medikamente sei genau richtig. Auch dem Item „Die Medikamente helfen mir, mich gesünder zu fühlen.“, stimmten nur 44% der unverändert erkrankten Patienten zu.

Während unter den unverändert erkrankten Patienten 31% dem Item „Mir werden zu viele Psychopharmaka verabreicht“ zustimmten ($p=0,0828$), und andererseits 21% aus dieser Gruppe dem Item „Mir werden Medikamente, von denen ich eine Besserung erwarte, vorenthalten“ zustimmten ($p=0,7069$), lag die Rate der Zustimmung mit 26% bzw. 10% in der Gruppe der als gebessert eingestuften Patienten deutlich niedriger.

Wie auch schon beim Vergleich zwischen schwer und weniger schwer erkrankten Patienten, waren auch die Patienten, die als unverändert schwer erkrankt eingestuft wurden, zu einem deutlich höheren Prozentsatz (40% im Vergleich zu 21%, $p=0,1049$) der Meinung, sie würden in der Therapie zu Dingen gedrängt, die sie eigentlich nicht wollen.

Die Visiten wurden von den als gebessert eingestuften Patienten positiver bewertet als von ihren Mitpatienten. So waren nur 35% dieser Gruppe der Meinung, die Visite sei oft zu kurz. Nur 25% stimmten dem Item „Ich habe nach der Visite oft noch Fragen“ zu. Dagegen waren in der Gruppe der als unverändert erkrankt eingestuften Patienten 48% der Meinung, die Visite sei oft zu kurz ($p=0,4002$). 25% stimmten dem Item „Ich habe nach der Visite oft noch Fragen“ „voll“ oder „überwiegend“ zu ($p=0,4533$).

Analog zur Betrachtung der Auswirkungen des Erkrankungsgrades auf die Bewertung der Behandlung durch die Patienten zeigte sich bei der Beantwortung des Items „Die Einzelgespräche helfen mir“, daß die als gebessert eingestuften Patienten die Einzelgespräche als hilfreicher betrachteten ($p=0,1805$).

Items zur professionellen Behandlungsdimension	besser ¹	gleich ¹	p
Die Dosierung meiner Medikamente ist genau richtig.	63	33	0,2486
Die Dosierung meiner Medikamente wird mit mir besprochen.	61	70	0,4660
Die Medikamente helfen mir, mich gesünder zu fühlen.	54	44	0,8960
Über Nebenwirkungen der Medikamente hat der Arzt mich gut informiert.	34	43	0,9690
Die Nebenwirkungen der Medikamente überwiegen für mich den Nutzen.	32	20	0,7856
Mir werden zu viele Psychopharmaka verabreicht.	26	31	0,0828
Mir werden Medikamente, von denen ich eine Besserung erwarte, vorenthalten.	10	21	0,7069
Ich werde in der Therapie gegen meinen Willen zu Dingen gedrängt.	21	40	0,1049
Meine Angehörigen werden ausreichend in meine Behandlung einbezogen.	54	40	0,3195
Die Einzelgespräche helfen mir.	77	58	0,1805
Ich habe nach der Visite oft noch Fragen.	25	40	0,4533
Die Visite ist oft zu kurz.	35	48	0,4002
Die Ärzte tun nur das Nötigste.	21	26	0,3192

¹ 40 Patienten wurden von den Stationsärzten mittels CGI (s.o.) als gebessert eingestuft. 43 Patienten wurden als nicht deutlich verändert, also im Wesentlichen unverändert, eingestuft. Angaben der Zustimmung „voll“ oder „überwiegend“ zu den jeweiligen Items in Prozent.

Tabelle 38: Professionellen Behandlungssituation und Änderung des Erkrankungsniveaus

Bewertung der Stationsumgebung

Auch in Bezug auf die Bewertung der Stationsumgebung zeigte sich hinsichtlich der Änderung des Erkrankungsgrades kein eindeutiger Trend. So wurden die hygienischen Verhältnisse auf den Stationen und die Besuchszeiten von den unverändert schwer erkrankt eingestuften Patienten kritischer bewertet als von ihren Mitpatienten. 36% dieser Gruppe waren der Meinung, „die Besuchszeiten liegen ungünstig“, während es in der Vergleichsgruppe der als gebessert eingestuften Patienten nur 24% waren ($p=0,4328$). 35% der unverändert schwer erkrankt eingestuften Patienten stimmten dem Item „Die hygienischen Verhältnisse der Station lassen zu wünschen übrig“ „voll“ oder „überwiegend“ zu, während es in der Vergleichsgruppe nur 25% waren ($p=0,3540$).

Die Beurteilung der Untersuchungen war - je nach Änderung des Erkrankungsgrades - verschieden. Während 79% der als gebessert eingestuften Patienten der Meinung waren, alle Untersuchungen seien notwendig, waren es in der Vergleichsgruppe nur 56% ($p=0,2845$). Dagegen waren 33% der als unverändert erkrankt eingestuften Patienten der Meinung, sie würden zu oberflächlich untersucht (in der Vergleichsgruppe waren es 13% , $p=0,0463$).

Items zur Stationsumgebung	besser ¹	gleich ¹	p
Die Möglichkeiten zu telefonieren sind unzureichend.	55	43	0,6078
Die hygienischen Verhältnisse der Station lassen zu wünschen übrig.	25	35	0,3540
Die Essenszeiten sind günstig.	85	64	0,4847
Die Besuchszeiten liegen ungünstig.	24	36	0,4328
Der Tagesablauf auf Station engt mich zu sehr ein.	40	21	0,3248
Der feste Tagesablauf hilft mir, mit meiner Erkrankung klar zu kommen.	54	38	0,7496
Alle Untersuchungen sind notwendig.	79	56	0,2845
Ich werde zu oberflächlich untersucht.	13	33	0,0463

¹ 40 Patienten wurden von den Stationsärzten mittels CGI (s.o.) als gebessert eingestuft. 43 Patienten wurden als nicht deutlich verändert, also im Wesentlichen unverändert, eingestuft. Angaben der Zustimmung „voll“ oder „überwiegend“ zu den jeweiligen Items in Prozent.

Tabelle 39: Bewertung der Stationsumgebung und Änderung des Erkrankungsniveaus

Bewertung der psychosozialen Dimension

Die Bewertung der psychosozialen Dimension der Behandlung fiel - unabhängig von der Änderung des Erkrankungsgrades - sehr positiv aus. So stimmten 80% der als gebessert eingestuften Patienten dem Item „Die Ärzte interessieren sich für meine Fragen und Sorgen“ zu. Bei den unverändert schwer erkrankten Patienten lag die Zustimmung zu diesem Item mit 70% ebenfalls sehr hoch. Auch das Verhältnis zwischen Pflegekräften und Patienten wurde positiv eingeschätzt. Hier lag die Zustimmung bei den unverändert erkrankten Patienten mit 76% etwas über der Vergleichsgruppe mit 70%.

Item	besser ¹	gleich ¹	p
Die Ärzte interessieren sich für meine Fragen und Sorgen.	80	70	0,0004
Die Pflegekräfte haben ein gutes Verhältnis zu den Patienten.	70	76	0,0952
Auf der Station habe ich genug Privatsphäre.	59	44	0,4106

¹ 40 Patienten wurden von den Stationsärzten mittels CGI (s.o.) als gebessert eingestuft. 43 Patienten wurden als nicht deutlich verändert, also im Wesentlichen unverändert, eingestuft. Angaben der Zustimmung „voll“ oder „überwiegend“ zu den jeweiligen Items in Prozent.

Tabelle 40: Psychosoziale Dimension und Änderung des Erkrankungsgrades

Zusammenfassung

Betrachtet man die Ergebnisse der Bewertung der Behandlung durch die Patienten in Abhängigkeit von der Veränderung des Erkrankungsgrades, so zeichnet sich keine eindeutige Korrelation zwischen der Bewertung und der Änderung des Erkrankungsgrades ab. Lediglich bei den globalen Items und bei den Items, die die Medikation betreffen, war eine positivere Bewertung durch die als gebessert eingestuften Patienten zu beobachten.

Bewertungsunterschiede mit hoher Signifikanz	besser¹	gleich¹	p
Die Ärzte interessieren sich für meine Fragen und Sorgen.	80	70	0,0004
Insgesamt bin ich mit der Behandlung zufrieden.	71	52	0,0495

¹ 40 Patienten wurden von den Stationsärzten mittels CGI (s.o.) als gebessert eingestuft. 43 Patienten wurden als nicht deutlich verändert, also im Wesentlichen unverändert, eingestuft. Angaben der Zustimmung „voll“ oder „überwiegend“ zu den jeweiligen Items in Prozent.

Tabelle 41: Signifikante Bewertungsunterschiede in Abhängigkeit vom Erkrankungsgrad

Übersicht über das Antwortverhalten, nach dem Grad der Erkrankungsveränderung getrennt - Einstufung mittels CGI, (Zustimmung „voll“ oder „überwiegend“ zu den jeweiligen Items, Angaben in Prozent)

Item	besser ¹	gleich ¹	p
Ich bin mit dem Behandlungserfolg zufrieden.	67	51	0,1493
Ich habe von der Behandlung profitiert.	70	49	0,4924
Insgesamt bin ich mit der Behandlung zufrieden.	71	52	0,0495
Ich bin mit meiner Krankheit hier gut aufgehoben.	64	56	0,4696
Ich würde mich wieder hier behandeln lassen.	67	63	0,8738
Die Dosierung meiner Medikamente ist genau richtig.	63	33	0,2486
Die Dosierung meiner Medikamente wird mit mir besprochen.	61	70	0,4660
Die Medikamente helfen mir, mich gesünder zu fühlen.	54	44	0,8960
Über Nebenwirkungen der Medikamente hat der Arzt mich gut informiert.	34	43	0,9690
Die Nebenwirkungen der Medikamente überwiegen für mich den Nutzen.	32	20	0,7856
Mir werden zu viele Psychopharmaka verabreicht.	26	31	0,0828
Mir werden Medikamente, von denen ich eine Besserung erwarte, vorenthalten.	10	21	0,7069
Ich werde in der Therapie gegen meinen Willen zu Dingen gedrängt.	21	40	0,1049
Meine Angehörigen werden ausreichend in meine Behandlung einbezogen.	54	40	0,3195
Die Einzelgespräche helfen mir.	77	58	0,1805
Ich habe nach der Visite oft noch Fragen.	25	40	0,4533

Item	besser ¹	gleich ¹	p
Die Visite ist oft zu kurz.	35	48	0,4002
Die Ärzte tun nur das Nötigste.	21	26	0,3192
Die Ärzte interessieren sich für meine Fragen und Sorgen.	80	70	0,0004
Die Pflegekräfte haben ein gutes Verhältnis zu den Patienten.	70	76	0,0952
Auf der Station habe ich genug Privatsphäre.	59	44	0,4106
Die Möglichkeiten zu telefonieren sind unzureichend.	55	43	0,6078
Die hygienischen Verhältnisse der Station lassen zu wünschen übrig.	25	35	0,3540
Die Essenszeiten sind günstig.	85	64	0,4847
Die Besuchszeiten liegen ungünstig.	24	36	0,4328
Der Tagesablauf auf Station engt mich zu sehr ein.	40	21	0,3248
Der feste Tagesablauf hilft mir, mit meiner Erkrankung klar zu kommen.	54	38	0,7496
Alle Untersuchungen sind notwendig.	79	56	0,2845
Ich werde zu oberflächlich untersucht.	13	33	0,0463
Die Klinik hat einen schlechten Ruf.	26	33	0,7503
Der Aufenthalt in dieser Klinik dauert meistens länger als nötig.	50	33	0,3700
Viele Patienten werden zu früh entlassen.	21	36	0,4006

¹ 40 Patienten wurden von den Stationsärzten mittels CGI (s.o.) als gebessert eingestuft. 43 Patienten wurden als nicht deutlich verändert, also im Wesentlichen unverändert, eingestuft. Angaben der Zustimmung „voll“ oder „überwiegend“ zu den jeweiligen Items in Prozent.

Tabelle 42: Antwortverhalten und Änderung des Erkrankungsniveaus

Antwortverhalten der Patienten bei den abschließenden offenen Fragen

Am Ende des Fragebogens wurden den Patientinnen und Patienten noch einige offene Fragen gestellt. Mit diesem Teil des Fragebogens sollte herausgefunden werden, in welchen Bereichen der Fragebogen unvollständig ist. Außerdem besteht mit den offenen Fragen die Möglichkeit herauszufinden, welche Aspekte der Behandlung und des Behandlungsumfeldes für die Patienten besonders von Bedeutung sind.

Weiterhin wird nach möglichen Verbesserungen gefragt und danach, womit der Teilnehmer besonders zufrieden bzw. besonders unzufrieden gewesen ist, und was die Patienten von dieser Befragung halten.

Auf die anschließend gestellte Frage, warum nicht alle Fragen beantwortet wurden, antwortete ein Patient, sein Aufenthalt sei zu kurz gewesen, um alle Fragen beantworten zu können. 82 Patienten gaben an, nicht alle Fragen beantwortet zu haben, weil sie nicht in allen Teilbereichen Erfahrungen gesammelt haben. Zwei Patienten machten keine Angaben darüber, warum sie nicht alle Fragen beantwortet haben.

Auf die Frage, welche für die persönliche Zufriedenheit wichtigen Dinge im Fragebogen fehlten, antworteten 20 Patienten. Zur Station gaben zwei Patienten fehlende Items an. Fünf Mal wurde die Freizeitgestaltung von den Patienten genannt. Zwei Patienten fanden, zum Personal sollten mehr Items in den Fragebogen. Zur Therapie und zu Medikamenten machte jeweils ein Patient Angaben.

Auf die Frage nach möglichen Verbesserungen gaben bis auf 33 Patienten alle befragten Patienten Vorschläge ab. Am häufigsten wurde das Umfeld der Station genannt. Hierzu machten 15 Patienten Verbesserungsvorschläge. Mit der Freizeitgestaltung waren 13 Patienten nicht zufrieden. Sie machten zu diesem Thema Verbesserungsvorschläge. Auch das Essen war ein häufiger Kritikpunkt - 10 Patienten machten hierzu Vorschläge. Zum Personal und zur Therapie machten jeweils zwei Patienten Verbesserungsvorschläge. Zehn Patienten machten zum Teil sehr unterschiedliche Vorschläge: so wünschte sich ein Patient beispielsweise den Bau einer Schwimmhalle.

Danach befragt, womit sie besonders zufrieden waren, nannten 23 Patienten das Personal. Neun Patienten waren mit dem Essen besonders zufrieden. Jeweils vier Patienten nannten die Station beziehungsweise die therapeutischen Angebote. Zwei Patienten waren mit der Freizeitgestaltung besonders zufrieden. Fünf Patienten nannten auf diese Frage hin individuelle Erfahrungen.

Auf die Frage, womit sie besonders unzufrieden waren, nannten sechs Patienten das stationäre Umfeld. Besonders unzufrieden mit dem Essen waren vier Patienten. Auch über das Personal beklagten sich vier Patienten. Mit der Medikation waren drei Patienten besonders unzufrieden. Jeweils zwei Patienten nannten bei dieser Frage die Freizeitgestaltung beziehungsweise die Therapie. 16 Patienten nannten individuelle Probleme bei dieser Frage.

48 Patienten machten keine Angabe darüber, womit sie besonders unzufrieden waren.

Auf die offene Frage nach ihrer Meinung zur Studie antworteten fünf Patienten, sie fänden eine solche Befragung sehr gut. 37 Patienten fanden die Befragung „gut“, sechs Patienten antworteten, eine solche Befragung sei gut, wenn sich etwas ändern würde. Sechs Patienten waren in ihrer Entscheidung unentschlossen, und ein Patient gab an, eine solche Befragung „bringe nichts“. 26 Patienten machten keine Angaben darüber, welche Meinung sie zur Studie hatten.

4.4. Gemeinsame Faktoren der Patientenzufriedenheit bzw. -unzufriedenheit

Die Analyse der Befragungsergebnisse zur Behandlungsbewertung durch Patienten ergab in der untersuchten Stichprobe sieben Hauptfaktoren, die für die Patientenzufriedenheit wichtig waren.

Auf den ersten Faktor laden vor allem die Items hoch, die den Aspekt der Empathie betreffen. Der zweite Faktor bildete Items ab, die sich mit den therapeutischen Angeboten und ärztlichem Handeln beschäftigen. Der dritte Faktor umfaßt die Items, die Aussagen über die Interaktionen auf der Station enthalten. Der vierte Faktor umfaßt Items, die sich mit verschiedenen Aspekten der Versorgung beschäftigen. Bei den höher ladenden Items spielt die Information des Patienten eine wichtige Rolle. Im Vergleich zu den anderen Faktoren finden sich nicht so hohe Ladungen. Faktor fünf beinhaltet im wesentlichen Fragen zu den Bereichen „Medikamente“ und „Behandlungserfolg“. Der sechste Faktor beschäftigt sich im Wesentlichen mit dem Tagesablauf und der Visitensituation. Faktor sieben enthält überwiegend Items, in denen es um „Zeit“ für den Patienten geht (Visitendauer, Aufenthaltsdauer, Besuchszeiten...). Die einzelnen Faktoren lassen sich so sinnvoll interpretieren.

4.5. Bildung der Kurzform des Fragebogens

Am Ende dieser Arbeit soll für die Praxis eine Kurzform der Patientenbefragung stehen, die einen raschen und einfachen Einsatz im klinischen Alltag erlaubt. Zunächst wurden die Items aus der Befragung genommen, zu denen ein großer Teil der Befragten keine Angaben machten. Als Grenze wurde hier 20% Nichtbeantwortung angesetzt. Auch Items, bei denen mehr als 80% der Patienten einer Teilaussage zustimmten, ermöglichen keine genaue Unterscheidung zwischen den anderen Teilaussagen und wurden daher aus der Auswertung genommen. Die Items, die unabhängig von der Bewertung der Behandlung beantwortet wurden, sind für die weitere Betrachtung wenig interessant. Daher wurde als Nächstes die Trennschärfe für die einzelnen Items – getrennt nach positiv und negativ formulierten Aussagen – betrachtet. Die Items, die einen geringen Korrelationskoeffizienten ($< 0,3$) aufwiesen, wurden im weiteren Verlauf nicht mehr betrachtet. Auch die Items, deren Korrelation eine negative Trennschärfe ergaben, wurden aus der weiteren Betrachtung genommen, da auch sie für die Betrachtung des Gesamtergebnisses nicht ergiebig sind. Schließlich wurden die sich wiederholenden Items gekürzt. In einer Faktorenanalyse wurden schließlich die Items den Faktoren zugeordnet, die für die Bewertung der Patientenzufriedenheit in der untersuchten Stichprobe ausschlaggebend sind. Dies konnte mit den oben beschriebenen statistischen Methoden erreicht werden.

Items, die für die Patienten nicht relevant sind, tauchen in der Kurzfassung gar nicht erst mehr auf. Ebenso fallen Items weg, die eindeutig homogen beantwortet werden. So stimmten in der Befragung z.B. 92 Patienten „voll“ oder „überwiegend“ dem Item „Die Wäsche ist sauber“ zu. Somit ist dieser Punkt für eine weitergehende Evaluation der Behandlungsbewertung nicht mehr interessant, da hier eindeutig keine Unzufriedenheit vorliegt. Daher ist in diesem Setting für diese Stichprobe das Items nicht weiter interessant.

Abschließend wurden dann zu jedem Faktor jeweils einige Items für den Kurzfragebogen ausgewählt, die eine hohe Ladung aufweisen.

Nr.	Item	keine Angabe	voll	überwiegend	unentschieden	eher nicht	gar nicht
1	Die Wäsche ist sauber.		1	91	6	1	1

Tabelle 43: Antwortverhalten zu Item 1

Zur Sicherheit sind jedoch offene Fragen auch im Kurzfragebogen enthalten. Falls sich z.B. die Qualität des Essens verschlechtern sollte und die Patienten dies für ihre Behandlungsbewertung als wesentlich erachten, bestünde die Möglichkeit, durch eine Bemerkung in den offenen Fragen auf einen solchen Mißstand hinzuweisen.

Die Kurzform des Fragebogens umfaßt in gut lesbar gesetzter Form drei Seiten und ist durch den geringeren Umfang deutlich einfacher für die Patienten zu bearbeiten. Die Angst, überfordert zu werden oder sich mit der Teilnahme an der Befragung eine umfangreiche Aufgabe aufzubürden, wird mit dem Kurzfragebogen sicher nicht so stark auftreten, wie dies während unserer Befragung aufgetreten ist.

Auch die in unserem Fragebogen enthaltenen Kontrollfragen brauchen – zumindest in diesem Umfang – nicht mehr enthalten zu sein. Hier fühlten sich doch einige Patienten irritiert und hatten zum Teil das Gefühl, es handele sich doch um einen versteckten Test. Da der Bogen deutlich kürzer ist, werden sich die Patienten auch nicht mehr durch die zufällige Verteilung der Items irritiert fühlen, die zu ständigen thematischen Wechseln führte. Dies wird wahrscheinlich die Bereitschaft erhöhen, an der Befragung teilzunehmen und diese selbstständig zu Ende zu führen.

Schließlich ist – neben der Motivation – auch die Auswertbarkeit einer solchen Befragung für ihre klinische Anwendung ausschlaggebend. Durch die geringere Itemanzahl ist eine raschere EDV-Erfassung möglich.

Nr.	Item
1	Der Arzt spricht mit mir ausführlich über meine Erkrankung.
2	Die Ärzte interessieren sich für meine Fragen und Sorgen.
3	Ich werde so weit wie möglich vom Arzt in die Entscheidungen über meine Behandlung einbezogen.
4	Die Medikamente helfen mir, mich gesünder zu fühlen.
5	Toiletten sind ausreichend vorhanden.
6	Beschilderungen und Wegweiser auf Station sind hilfreich.
7	Die Erklärungen der Schwestern und Pfleger sind oft schlecht verständlich.
8	Ärzte und andere Mitarbeiter arbeiten schlecht zusammen.
9	Die Schwestern und Pfleger erklären mir stets, wozu die Medikamente sind, die sie mir geben.
10	Mir werden zu viele Psychopharmaka verabreicht.
11	Oft kann ich den Gesprächen bei der Visite kaum folgen.
12	Die Klinik hat einen schlechten Ruf.
13	Wenn man sie braucht, sind die Schwestern und Pfleger für einen da.
14	Die Pflegekräfte haben ein gutes Verhältnis zu den Patienten.
15	Die Pflegekräfte tun nur das Nötigste.
16	Der Tagesablauf auf Station engt mich zu sehr ein.
17	Ich fühle mich vom Pflegepersonal verstanden.
18	Ich bin mit dem Behandlungserfolg zufrieden.
19	Ich fühle mich von den Ärzten verstanden.
20	Die Einzelgespräche helfen mir.
21	Der Aufenthalt in dieser Klinik dauert meistens länger als nötig.
22	Mir werden in der Therapie Lösungsansätze für meine Probleme vermittelt.

Nr.	Item
23	Auf meine Entlassung bin ich kaum vorbereitet.
24	Personal und Patienten haben ein schlechtes Verhältnis zueinander.
25	Ich bin mit meiner Krankheit hier gut aufgehoben.
26	Der Nichtraucherschutz wird übertrieben.
27	Über Nebenwirkungen der Medikamente hat der Arzt mich gut informiert.
28	Ich habe von der Behandlung profitiert.
29	Die Visite ist oft zu kurz.
30	Schwestern und Pfleger bleiben auch in kritischen Situationen ruhig.

Tabelle 44: Items des Kurzfragebogens

Nr.	Offene Fragen
O1	Womit waren Sie besonders zufrieden ?
O2	Womit waren Sie besonders unzufrieden ?
O3	Was kann aus Ihrer Sicht verbessert werden ?
O4	Was ist für Ihre Zufriedenheit wichtig und wurde nicht gefragt ?
O5	Was halten Sie von dieser Befragung ?

Tabelle 45: Offene Fragen des Kurzfragebogens

5. Zusammenfassung

5.1. Motivation zur Befragung zur Behandlungsbewertung

Ein erstes Ziel war die grundsätzliche Sammlung von Erfahrungen mit Befragungen zur Behandlungsbewertung durch Patienten. Neben den konkreten Befragungsergebnissen, die an den Rheinischen Kliniken in Düsseldorf erhoben wurden, interessiert die Frage, ob und wie eine solche Befragung bei psychisch kranken Patienten machbar ist.

Die Schaffung eines Instrumentes zur Erhebung der Behandlungsbewertung durch psychiatrisch erkrankte Patienten ist ein weiteres Ziel der Arbeit, da die Behandlungsbewertung, bedingt durch klinische und wissenschaftliche, vor allem aber auch durch gesundheitspolitische und -ökonomische Aspekte, im Rahmen der Qualitätssicherung im Bereich der klinischen Versorgung zunehmend an Bedeutung als Outcomevariable bzw. als Qualitätskriterium gewinnt (Gaebel W 1995). Diese Neuorientierung stammt aus den USA, wo die Bewertung der Behandlung durch die Patienten seit längerem als Qualitätskriterium erfaßt wird, da die objektiven Effektivitäts- und Effizienzkriterien den Behandlungsprozeß oft nicht umfassend umschreiben. Hinzu kommt die nicht unumstrittene Wandlung der Patientenrolle vom passiven Leistungsempfänger zum „Konsumenten“, der aktiv eine Dienstleistung in Anspruch nimmt. Ein einheitliches Instrument dazu gibt es noch nicht.

Durch die detaillierte Befragung zu einzelnen Aspekten der Therapie und Versorgung soll praxisrelevantes Wissen über die Behandlungsbewertung durch Patienten gewonnen werden. Anhand der Patientenurteile sollen die von Kelstrup (1993) für die Evaluation des Behandlungsprozesses geforderten „relevanten Variablen und Indikatoren für eine qualitativ hochwertige Behandlung“ erkannt und erfaßt werden, um diese in der Evaluation des Behandlungserfolges überprüfen und so die Prozeßqualität erhöhen zu können. Nach Kelstrup et al. (1993) ist dies Bestandteil einer optimalen Evaluation psychiatrischer Versorgung.

5.2. Schaffung eines Untersuchungsinstrumentes

Ziel dieser Arbeit ist es auch, einen in der Akutpsychiatrie breit einsetzbaren Fragebogen zur Bewertung der stationären Behandlung durch die Patienten zu entwickeln und zu testen. Eine Kurzform des Fragebogens soll zukünftig im klinischen Alltag eine Qualitätssicherung ermöglichen.

Ein oft kritizierter Punkt an Befragungen zur Patientenzufriedenheit ist die ungeklärte Frage, ob wirklich das gefragt wird, was für die Zufriedenheit der Patienten wichtig ist, oder nur das, was die Untersucher dafür halten. Diesem Problem haben wir uns pragmatisch gestellt:

Pilotphase

In einem ersten Schritt haben wir in einer Pilotphase die bisher zur Patientenzufriedenheit durchgeführten Befragungen gesammelt und aus den verschiedenen Bögen mit ganz unterschiedlichen Befragungsmustern einen Fragebogen entwickelt, der viele Items zu Einzelaspekten der Behandlung und des Umfeldes abfragt. Der Bogen wurde dann in den für die Befragung ausgewählten Stationen dem Personal vorgestellt (vom Seelsorger bis zum Klinikdirektor) und um die eingebrachten Ergänzungsvorschläge erweitert. Leider erwies sich dieser Bogen erwartungsgemäß als nicht praktikabel, da es in der Pilotphase die wenigsten Patienten schafften, den Bogen komplett auszufüllen. Trotz des großen Umfangs machten einige Patienten von der Möglichkeit Gebrauch, fehlende und für ihre Zufriedenheit relevante Themen anzugeben. So entstand dann der für die Befragung zur Patientenzufriedenheit eingesetzte Bogen mit 98 Items und abschließenden freien Fragen. Es sollte versucht werden, wirklich für die Patienten relevante Punkte abzufragen. Erstaunlicherweise zeigte erst die eigentliche Befragung, daß der Punkt „Schutz vor Mitpatienten“ bis zu diesem Zeitpunkt nicht bedacht worden war, aber für zwei der befragten Patienten einen wichtigen Punkt darstellte. Somit kann ein Fragebogen zur Behandlungsbewertung durch Patienten kein statisches Instrument sein, das –einmal entwickelt– auf alle Patientengruppen und stationäre Umfelder paßt, sondern sollte vielmehr ein aus einem großen Pool von Items für ein zu untersuchendes Setting individuell zusammengestelltes, wandelbares Untersuchungsinstrument sein.

Die Zahl der untersuchten Items wurde zunächst in einer Pilotphase bewußt groß gewählt, um ein möglichst breites Spektrum an möglicherweise relevanten Faktoren untersuchen zu können. Aus dieser Fragenmenge wurde nach statistischer Aufbereitung der Fragebogen fortentwickelt, um mittels dieser Kurzform des Fragebogens im klinischen Alltag zukünftig eine Qualitätssicherung zu ermöglichen.

Die vorliegende Stichprobe ist allerdings für die Rohfassung des Fragebogens zur Patientenzufriedenheit vergleichsweise klein. Dadurch, daß einige Items wegfielen, ließen sich zwar aussagekräftige Korrelationen ableiten; die durchgeführte Faktorenanalyse kann jedoch bei einer anderen Stichprobe durchaus anders ausfallen.

Zur Zeit der Drucklegung dieser Arbeit wird mit der Kurzfassung des Fragebogens zur Behandlungsbewertung an der Psychiatrischen Klinik der Universität München eine große Gruppe von Patienten befragt.

5.3. Eigene Ergebnisse

Teilnahme an der Befragung

Generell fand sich überraschenderweise gerade auf den geschlossenen Aufnahmestationen eine hohe Bereitschaft der Patienten, an der Befragung teilzunehmen. Während auf allen Stationen eine hohe Akzeptanz herrschte und der überwiegende Teil der Patienten sich überrascht zeigte, zur Zufriedenheit befragt zu werden, äußerten gerade die Patienten der Aufnahmestationen häufig, daß es „sehr wichtig“ sei, solche Befragungen in der Psychiatrie durchzuführen. Dagegen äußerten auf den offenen Stationen deutlich mehr Patienten die Meinung, es ändere „sich ja sowieso nichts mehr“ für ihren Aufenthalt in der Klinik. Dieses deutlich geringere Interesse an der Befragung kann viele Ursachen haben. So könnte der gravierend unterschiedliche bauliche Zustand der Stationen (eher ältere geschlossene Aufnahmestation mit überwiegend Dreibettzimmern, Krankenhausbetten etc. im Vergleich zur modernen, wohnlicheren offenen Station mit Ein- und Zweibettzimmern) einen Einfluß auf das Bedürfnis nach Änderung der Zustände haben. Ferner könnte die Intensität der Erkrankung eine Rolle spielen, ebenso die Hospitalisierungsdauer (Wünsche, Befürchtungen etc. gleichen sich den vorhandenen Bedingungen an). Auch ein Kontrasteffekt ist denkbar, so könnten nach dem unzufrieden machenden Aufenthalt auf der geschlossenen Aufnahmestation schon geringe Verbesserungen derart positiv erlebt werden, daß kaum noch Wünsche offen bleiben. Weiterhin erscheint es möglich, daß die Patienten der offenen Stationen, auf denen deutlich mehr Therapieangebote bestehen, weniger Lust haben, an einer Befragung teilzunehmen, während die Patienten auf den Aufnahmestationen die Befragung möglicherweise als willkommene Abwechslung ansehen. Einige Patienten auf den Aufnahmestationen äußerten sich dahingehend, als sie gefragt wurden, ob sie an der Befragung teilnehmen wollten.

Ist eine differenzierte Erfassung von Patientenurteilen bei psychiatrischen Patienten möglich ?

Ein wesentliches Ziel dieser Arbeit ist es zu prüfen, ob eine Behandlungsbewertung durch psychiatrisch erkrankte Patienten möglich und sinnvoll ist. Dies kann nach dieser Befragung deutlich bejaht werden. So zeigte sich, daß auch die schwer kranken Patienten mit großem Eifer an der Befragung teilnahmen. Viele Patienten waren erst skeptisch, nach intensiver Aufklärung dann aber froh, über Ihre Meinung zur Behandlung und zum Behandlungsumfeld befragt zu werden. Durch in den Fragebogen eingestreute Kontrollfragen, die teilweise anders oder umgekehrt formuliert wurden, konnte gezeigt werden, daß eine hohe Konsistenz der erhobenen Behandlungsbewertung besteht und die Patienten keinesfalls einfach skalenkonform ankreuzen.

Als Beispiel hierfür können die an verschiedenen Stellen des Fragebogens eingesetzten Items 58, 92 und 96 dienen, die sich inhaltlich sehr ähnlich sind und auch zu gleichförmigen Ergebnissen geführt haben.

Nr.	Item	keine Angabe	voll	überwiegend	unentschieden	eher nicht	gar nicht
58	Ich bin mit dem Behandlungserfolg zufrieden.	3	33	25	11	13	15
92	Ich habe von der Behandlung profitiert.	2	31	28	17	8	14
96	Insgesamt bin ich mit der Behandlung zufrieden.	5	32	27	14	9	13

Tabelle 46: Vergleich der Items zur Gesamtzufriedenheit

Die Wiederholung verschiedener Items im Fragebogen und das ständige Wechseln der Themen durch die zufällige Anordnung der Fragen wurde wiederholt von Patienten kritisiert, da sie die Konzentrationsfähigkeit stark beansprucht.

Welche Faktoren beeinflussen die Behandlungsbewertung durch Patienten ?

Mit den Daten der befragten kleinen Testgruppe soll untersucht werden, welche Faktoren die Behandlungsbewertung durch Patienten beeinflussen.

Gruyters und Priebe (1994) stellen in ihrem Übersichtsartikel fest, daß bei den meisten Studien nicht angegeben ist, „ob der Untersucher wirklich unabhängig, also nicht selbst in die Behandlung involviert war, und inwieweit das für den Patienten auch ersichtlich war“ und „in welchem konkreten Setting (Klinik, ambulant, allein, in der Gruppe) die Befragung erfolgte“. Daher ist bei vielen Studien die Frage, ob die hohe Grundzufriedenheit ein Artefakt der sozialen Erwünschtheit ist, nicht zu klären. In der vorliegenden Befragung wurde daher großer Wert darauf gelegt, daß den Patienten der Rahmen der Befragung bekannt und klar war. Der Untersucher stellte sich als von der Klinik nicht angestellte, neutrale, nicht in die Behandlung involvierte und zur Verschwiegenheit verpflichtete Person vor. Es wurde den Patienten erklärt, daß es sich bei der Befragung nicht um einen verdeckten Test handelt und daß die Befragungsergebnisse des einzelnen Patienten der Klinik oder ihren Mitarbeitern nicht zugänglich gemacht werden. Auch die Aspekte des Datenschutzes wurden den Patienten gründlich dargelegt. Dadurch schienen viele Patienten dem Untersucher zu vertrauen. Eine Patientin holte nach der Einführung zur Befragung aus ihrer Tasche von ihr gehortete Medikamente und fragte offen, ob sie diese nehmen solle, oder ob man ihr damit schade. Nach einem längeren Gespräch konnte die Patientin überzeugt werden, ihre Medikation mit dem Stationsarzt zu besprechen.

Einige Patienten äußerten sich gerade darüber, daß die Befragung nicht vom Stationsarzt oder einem anderen Klinikmitarbeiter durchgeführt wurde, sehr zufrieden. Aus Sicht des Untersuchers erscheint die Befragung durch einen Behandlungsunabhängigen und die Kenntnis der Patienten darüber für die Ergebnisse der Befragung von einiger Bedeutung zu sein.

Welche Rolle in der Bewertung der Behandlung durch die Patienten spielen Patientenvariablen wie die aktuelle Aufenthaltsdauer, die Anzahl der vorhergehenden Hospitalisierungen, soziodemographische Daten, ein vorhergegangener Suizidversuch, die Krankheitsdauer, die Schwere der Erkrankung oder die Entwicklung der Erkrankung unter der stationären Therapie?

Neben den Daten zur Behandlungsbewertung durch die Patienten sollten auch Daten über die Patienten und ihre Behandlung gesammelt werden, da bisher sehr wenige Untersuchungen über Korrelationen zwischen der Behandlung und dem Behandlungsumfeld sowie der Bewertung durch die Patienten vorliegen. Dabei wurden eine Vielzahl von Patientenvariablen

erfaßt. Die an der Befragung zur Behandlungsbewertung durch Patienten teilnehmende Patientenzahl war jedoch mit 85 Patientinnen und Patienten zu gering, um statistisch relevante Aussagen zu allen möglichen Korrelationen zu machen. So war z.B. die Bandbreite der Aufenthaltsdauer enorm groß (die Krankheitsdauer lag zwischen aktueller Erstmanifestation einer Erkrankung (bei 17 Patienten) und 25 Jahren Krankheitsdauer, die mittlere Erkrankungsdauer lag bei 6,37 Jahren). Auch die Anzahl der Hospitalisierungen war sehr breit gestreut. Sie lag zwischen der Ersthospitalisierung bei 30 Patienten und 37 (ein Patient). Die kumulierte Hospitalisierungsdauer in Monaten lag zwischen null und 72 Monaten. Die aktuelle Aufenthaltsdauer wurde in Wochen erfaßt und lag zwischen einer (14 Patienten) und 64 Wochen.

Diese Daten deuten an, wie inhomogen die Patienten verteilt waren. Bei der geringen Patientenzahl war eine Bildung von Untergruppen nur begrenzt möglich und sinnvoll. Eine größere Patientengruppe kann für zukünftige Befragungen die Bildung einer größeren Anzahl an Untergruppen ermöglichen und damit möglicherweise interessante neue Aspekte aufweisen. So wäre es sehr interessant zu betrachten, welchen Einfluß die Verweildauer auf die Bewertung der Behandlung durch Patienten hat. Die vorliegenden Daten lassen diesbezüglich keine Analyse zu, da die Stichprobe einerseits zu sehr unterschiedlichen Zeitpunkten befragt wurde und andererseits nicht sehr groß ist. Ein primäres Ziel der Arbeit lag auch darin festzustellen, in wie weit Patienten zu unterschiedlichen Zeitpunkten überhaupt befragbar waren. Erwartungsgemäß zeigten sich bei den sehr früh befragten Patienten mehr Probleme bei der Beantwortung als bei den kurz vor Entlassung stehenden Patienten. Hierfür war sicher verantwortlich, daß viele der sehr früh befragten Patienten (noch) erkrankungsbedingt Schwierigkeiten bei der Beantwortung hatten. Außerdem gaben viele Patienten fehlende oder nicht ausreichende Erfahrungen als Ursache dafür an, daß sie an der Befragung nicht teilnehmen wollten. Einige äußerten auch offen die Angst davor, die Befragung sei ein Test, der auf ihre Behandlung Einfluß habe. Diese Sorge trat bei Patienten, die kurz vor der Entlassung standen nicht mehr auf.

Bei einigen erfaßten Variablen ergab die Verteilung der Patienten auf die verschiedenen Untergruppen, daß ein Vergleich nicht sinnvoll war. So waren 54 Patienten (64%) freiwillig in die Klinik gekommen, 23 (27%) per PsychKG, 8 (9%) Patienten mittels Betreuung. Eine Betrachtung der Ergebnisse in Abhängigkeit des Unterbringungsmodus ist zwar interessant, bleibt aber zukünftigen Studien mit größeren Fallzahlen vorbehalten.

Auch die Frage, ob ein vorausgegangener Suizidversuch Einfluß auf die Behandlungsbewertung durch die Patienten hat, blieb leider offen, da nur 12 Patienten nach einem Suizidversuch aufgenommen worden waren.

Die Betrachtung des Familienstandes, der Wohnverhältnisse und der Berufsausbildung, der Berufstätigkeit und des Lebensunterhaltes entzog sich wegen zu kleiner Untergruppen ebenfalls einer Korrelation mit der Behandlungsbewertung durch die Patienten.

Die Entwicklung der Erkrankung unter der stationären Therapie kann auch auf die Behandlungsbewertung durch die Patienten einen Einfluß haben. Hierzu wäre zum Beispiel ein Vergleich von an unterschiedlichen Behandlungszeitpunkten erhobenen Daten bei ersthospitalisierten Patienten interessant. Dies wäre ein interessanter Ansatz für eine zukünftige Studie.

In der untersuchten Patientengruppe ließen sich –trotz der geringen Patientenzahl– dennoch einige anhand soziodemographischer Variablen unterscheidbare Subgruppen miteinander vergleichen. So nahmen annähernd gleich viele Frauen (47 = 55%) und Männer (36 = 45%) an der Befragung teil.

Das Durchschnittsalter der Patientinnen und Patienten betrug 34,9 Jahre. Die Gruppe der befragten Patienten wurde in zwei etwa gleich große Gruppen geteilt, die Altersgrenze lag bei 35 Jahren. Dadurch entstanden annähernd gleich große Gruppen.

Auch der Ort der Befragung ließ einen Vergleich innerhalb der befragten Patienten zu. So wurden auf den geschlossenen Aufnahmestationen 44 Patienten (davon 24 Frauen) befragt und 41 Patienten (davon 23 Frauen) befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung auf den offenen Stationen.

Das Ausmaß der Erkrankung wurde von den Stationsärzten mittels CGI (s.o.) eingestuft. Dabei waren 32 Patienten von den Stationsärzten mittels CGI als „Grenzfall psychischer Erkrankung“ bis „mäßig krank“ bewertet worden. 53 Patienten wurden als „deutlich krank“ bis „extrem schwer krank“ eingestuft. Ein Vergleich der Gruppen der „leicht“ erkrankten Patienten mit den „schwer“ erkrankten Patienten konnte so durchgeführt werden.

Schließlich konnte noch die von den behandelnden Ärzten durchgeführte Einschätzung des Krankheitsverlaufs zur Bildung von Gruppen herangezogen werden. Es wurden die als „gebessert“ eingestuften Patienten mit denen verglichen, die als „unverändert“ eingestuft wurden.

Die Diagnosen (erfaßt entsprechend der internationalen Klassifikation der psychiatrischen Krankheiten – ICD – 9. Revision) waren in der befragten Patientengruppe zu heterogen, um einen sinnvollen Vergleich von Untergruppen vornehmen zu können. Die Erstdiagnosen umfaßten Alkoholpsychosen (1 Patient), Drogenpsychosen (1 Patient), schizophrene Psychosen (44 Patienten), affektive Psychosen (7 Patienten), paranoide Syndrome (2 Patienten), Neurosen (5 Patienten), Persönlichkeitsstörungen (2 Patienten), Alkoholabhängigkeit (5 Patienten), funktionelle Störungen psychischen Ursprungs (2 Patienten) und psychogene Reaktionen (16 Patienten). Auch hier könnten Untersuchungen an größeren Stichproben Ziel zukünftiger Arbeiten sein.

Können aus den Ergebnissen Rückschlüsse darüber gezogen werden, wie die Patientenzufriedenheit in stationären psychiatrischen Settings erhöht werden könnte ?

Da die Definition der Patientenzufriedenheit nur auf den ersten Blick einfach erscheint, aber bei genauerer Betrachtung nicht einheitlich ist und sehr vom Betrachter abhängt, ist auch ein Rückschluß darauf schwierig, wie die Beseitigung von Mängeln die globale Patientenzufriedenheit erhöht.

Mittels der durchgeführten Faktorenanalyse lassen sich zwar Faktoren isolieren, die die Patientenzufriedenheit beeinflussen; in welchem Ausmaß sie dies tun, ist aber bisher nicht möglich zu untersuchen.

Auch die Frage, ob die hohe Grundzufriedenheit vieler Patienten eine soziale Tatsache ist („Auch wenn das Essen hier fürchterlich ist – ich bin hier mit meiner Erkrankung gut aufgehoben...“) oder ob Rollenerwartungen bei den Bewertungen der Patienten eine große Rolle spielen („Als Patient kann „man“ sich nicht über die Ärzte beklagen...“) ist mit dieser Arbeit nicht zu klären.

Hier wäre zukünftig eine Befragung von Patienten interessant, die vor und nach Veränderungen, z.B. der Renovierung einer Station, befragt werden.

5.4. Vergleich der eigenen Ergebnisse mit der Literatur

Ein weiteres Ziel dieser Arbeit ist es, neben der Kurzform des Fragebogens zur Bewertung der Behandlung durch die Patienten erste Daten zu gewinnen, die zusammen mit den Daten von noch durchzuführenden Folgestudien die Möglichkeit zur Überprüfung des Instrumentes ermöglichen. Hier ist die Arbeit mit einer Anzahl von 85 befragten Patienten sicher statistisch nicht ausreichend stark, um ein Untersuchungsinstrument fest zu etablieren. Es hat sich jedoch gezeigt, daß – obwohl der Fragebogen mit 98 Items und zusätzlichen offenen Fragen sehr umfangreich, und für viele Patienten sehr mühsam zu beantworten war – 85 teilweise sehr schwer kranke Patienten an der Befragung teilgenommen haben.

Durch den Fragebogen werden nicht nur eine globale Bewertung, sondern auch bereichsspezifische Bewertungen erfaßt, da aus der Literatur bekannt ist, daß trotz hoher allgemeiner Zufriedenheit oft in einzelnen Bereichen Unzufriedenheit vorliegt. – Trotz recht unterschiedlicher Forschungsansätze ergibt sich immer wieder eine generell hohe Zufriedenheit mit der Behandlung. Diese liegt selten unter 90%, unabhängig von Diagnose und Behandlungsumfeld (Health Service Report 1992). Die Ergebnisse unserer Befragung stehen mit deutlich niedrigeren Globalzufriedenheitsraten im Gegensatz dazu. Dies kann mehrere Gründe haben. So kann zum Beispiel die kleine Stichprobe eine besonders „kranke“ Stichprobe darstellen. In Übereinstimmung mit der Literatur zeigte sich eine deutlich geringere Zufriedenheit bei krankeren Patienten als bei weniger kranken Patienten. Auch ist denkbar, daß zufällig eine besonders kritische Gruppe an der Befragung teilnahm. Natürlich ist auch denkbar, daß die vorhandenen Probleme eher überdurchschnittlich waren – dies erscheint aber nicht sehr wahrscheinlich, da die einzelnen abgefragten Punkte zwar auf Probleme in der Versorgung hinweisen, jedoch nicht in einem solchen Umfang, wie es die niedrige Globalzufriedenheit erwarten ließe. Möglich erscheint schließlich aber auch, daß durch die Art der Befragung das Maß der geäußerten Zufriedenheit mitbestimmt wird. So ist es denkbar, daß durch die gezielte Abfrage von einzelnen Behandlungsaspekten mehr Mißstände bewußt gemacht werden, als wenn nur generell gefragt wird, ob der Patient zufrieden ist, und dieser rollenkonform zustimmt.

Näher betrachtet, weist die hohe Grundzufriedenheit jedoch auf grundsätzliche Schwierigkeiten der Qualitätsbeurteilung klinischer Versorgung durch die Patienten hin. Zwischen Behandlungsstrukturen und Therapieangeboten einerseits und der Patientenzufriedenheit andererseits finden sich oft widersprüchliche Zusammenhänge.

Aus diesem Grund haben wir im Laufe der Arbeit von der Ermittlung der Patientenzufriedenheit etwas Abstand genommen und eine „Befragung zur Behandlungsbewertung durch Patienten“ durchgeführt.

Damit fällt auch ein weiteres, grundlegendes Problem weg: Die Definition der Patientenzufriedenheit, ihrer Entstehung, Wechselwirkungen etc.

Die erheblichen Abweichungen zwischen den einzelnen Studien bezüglich der Ein- und Ausschlusskriterien und damit der Patientenpopulationen sowie der Behandlungssettings ergeben eine mangelnde Vergleichbarkeit der Studien. Diesbezüglich haben wir ein pragmatisches Vorgehen gewählt und die Ausschlusskriterien möglichst gering gehalten (Hospitalisierung kürzer als drei Tage, akut psychotische Symptomatik, Fixierung, Minderung der intellektuellen Leistungsfähigkeit und Sprachprobleme), um ein möglichst umfangreiches Patientengut in der Stichproben zu haben. Da die Befragung in Interviewform erfolgte, konnten auch die erst kurz behandelten und damit oft schwerer erkrankten Patienten an der Befragung teilnehmen. Damit sollte verhindert werden, daß nur lang hospitalisierte und eventuell dadurch „angepaßte“ Patienten befragt wurden. Da die Ausschlusskriterien einfach zu handhaben sind, ist zu hoffen, daß der Verbreitung des Fragebogens – zumindest aus dieser Sicht – nichts im Wege steht.

Nicht selten ist das Patientenurteil trotz einer suboptimalen Versorgung positiv (Siegrist 1976). Auch in der von uns durchgeführten Befragung äußerten sich die befragten Patientinnen und Patienten durchweg bei den Items zur globalen Zufriedenheit positiver, als es die Bewertung der einzelnen Aspekte der Versorgung vermuten ließen.

Nr.	Item	keine Angabe	voll	überwiegend	unentschieden	eher nicht	gar nicht
9	Ich würde mich wieder hier behandeln lassen.	1	54	11	15	4	15
58	Ich bin mit dem Behandlungserfolg zufrieden.	3	33	25	11	13	15
79	Ich bin mit meiner Krankheit hier gut aufgehoben.	4	39	18	10	11	19
92	Ich habe von der Behandlung profitiert.	2	31	28	17	8	14
96	Insgesamt bin ich mit der Behandlung zufrieden.	5	32	27	14	9	13

Tabelle 47: Vergleich der Items zur globalen Zufriedenheit

Wie aus der Literatur bekannt (Raspe 1983), finden sich durchaus Differenzen zu den hohen Werten bei der globalen Zufriedenheit, wenn detailliert Einzelaspekte der materiellen, professionellen und psychosozialen Versorgung betrachtet werden. Die folgende Tabelle gibt dafür einigen Beispiele:

Nr.	Item	keine Angabe	voll	überwiegend	unentschieden	eher nicht	gar nicht
4	Auf der Station habe ich genug Privatsphäre.	1	34	17	7	19	22
11	Es sind zu wenig Duschen und Bäder vorhanden.	1	29	11	5	11	43
16	Ich werde in der Therapie gegen meinen Willen zu Dingen gedrängt.	1	19	13	5	10	52
17	Die Belüftung der Zimmer ist schlecht.		35	12	3	12	48
21	Das Essen ist zu eintönig.	4	27	12	3	13	41
26	Die hygienischen Verhältnisse der Station lassen zu wünschen übrig.		24	7	4	14	51
42	Die Nebenwirkungen der Medikamente überwiegen für mich den Nutzen.	7	12	13	16	14	38
46	Die Klinik ist modernisierungsbedürftig.	1	25	21	18	14	21
51	Die Möglichkeiten zu telefonieren sind unzureichend.	1	46	3	4	8	38
70	Mir werden in der Therapie Lösungsansätze für meine Probleme vermittelt.	5	30	16	9	16	24
94	Die Visite ist oft zu kurz.	1	31	11	10	11	36

Tabelle 48: Vergleich der Items mit Unzufriedenheitsäußerungen

In den vorliegenden Studien hat sich herausgestellt, daß die psychosoziale Versorgung mit individueller Behandlung und Autonomie sowie positiven Beziehungen zum ärztlichen und pflegerischen Personal als Zufriedenheitsquelle vorrangig vor der professionellen und materiellen Versorgung ist (Abramowitz 1987, Bensing 1991, Elbeck 1990, Elzinga 1991, Hoffmann 1991, Joos 1993, Kövesi 1986, Lemke 1987, Mac Donald 1988, Smith 1992, Weinstein 1979). Dies konnte in der durchgeführten Befragung bestätigt werden. So äußerten sich in den freien Fragen die meisten Patienten zu Themen der Beziehung zwischen Personal und Patienten, vorrangig vor Aspekten der professionellen und materiellen Versorgung.

Unabhängig davon, ob die Qualitätskriterien von Patienten oder Experten definiert wurden, lassen sie sich einer materiellen, einer professionellen und einer psychosozialen Dimension zuordnen. Faktoren- und Clusteranalysen

verschiedener Befragungsergebnisse haben diese drei Aspekte als wichtigste Zufriedenheits- bzw. Unzufriedenheitsquellen bestätigt.

In der durchgeführten Faktorenanalyse ließen sich sieben Faktoren ausfindig machen, die sich gut den drei genannten Dimensionen zuordnen lassen.

Materielle Behandlungsdimension

So entsprechen die Items, die dem Faktor 5 (Medikamente und Behandlungserfolg) zugeordnet sind, gut der materiellen Behandlungsdimension.

Faktor 5: Medikamente und Behandlungserfolg
Mir werden Medikamente, von denen ich eine Besserung erwarte, vorenthalten. Ich werde zu oberflächlich untersucht. Die Dosierung meiner Medikamente ist genau richtig. Ich bin mit dem Behandlungserfolg zufrieden. Die Medikamente helfen mir, mich gesünder zu fühlen. Ich habe von der Behandlung profitiert.

Tabelle 49: Faktor 5 (Medikamente und Behandlungserfolg)

Professionelle Behandlungsdimension

Der professionellen Behandlungsdimension lassen sich die Faktoren 2 (ärztliches Handeln), 6 (Tagesablauf und Visite) und 7 (Zeit) gut zuordnen.

Faktor 2: Ärztliches Handeln
Die Ärzte bleiben auch in kritischen Situationen ruhig. Die Ärzte tun nur das Nötigste. Bei der Visite wird mehr über die Patienten gesprochen als mit ihnen. Es kommt öfter vor, daß sich Patienten über Ärzte beschweren. Ich bin mit meiner Krankheit hier gut aufgehoben. Die Ärzte interessieren sich für meine Fragen und Sorgen. Auf meine Entlassung bin ich kaum vorbereitet. Mir werden in der Therapie Lösungsansätze für meine Probleme vermittelt. Die Einzelgespräche helfen mir.

Tabelle 50: Faktor 2 (Ärztliches Handeln)

Faktor 6: Tagesablauf auf der Station und Visite
--

Der Tagesablauf auf Station engt mich zu sehr ein. Ich habe nach der Visite oft noch Fragen. Der feste Tagesablauf hilft mir, mit meiner Erkrankung klar zu kommen. Ich werde hier wirklich als Einzelperson behandelt. Oft kann ich den Gesprächen bei der Visite kaum folgen. Toiletten sind ausreichend vorhanden. Nebenwirkungen der Medikamente überwiegen den Nutzen.

Tabelle 51: Faktor 6 (Tagesablauf auf der Station und Visite)

Faktor 7: Zeit

Ich werde in der Therapie gegen meinen Willen zu Dingen gedrängt. Die Belüftung der Zimmer ist schlecht. Das Essen ist zu eintönig. Die Besuchszeiten liegen ungünstig. Oft haben die Ärzte zu wenig Zeit, auf meine Sorgen und Wünsche einzugehen. Der Aufenthalt in dieser Klinik dauert meistens länger als nötig. Die Visite ist oft zu kurz.

Tabelle 52: Faktor 7 (Zeit)

Psychosoziale Behandlungsdimension

Der dritten und in der Literatur entscheidenden Behandlungsdimension – der psychosozialen Behandlungsdimension – lassen sich die Faktoren 1 (Empathie), 3 (Interaktionen) und 4 (Information) zuordnen. Diese Dimension erschien auch in der vorliegenden Befragung besonders wichtig. Obwohl auf Grund der Ergebnisse aus der Literatur die Items zu diesem Bereich besonders zahlreich waren, kamen in den freien Fragen zu dieser Dimension der Behandlung besonders viele Anmerkungen.

Faktor 1: Empathie

An den Schwestern und Pflegern habe ich oft etwas auszusetzen.
Über meine Medikamente wird mit mir zu wenig gesprochen.
Ich habe häufig etwas an den Ärzten auszusetzen.
Es werden genügend Einzelgespräche angeboten.
Die Ärzte sind gut ausgebildet.
Ich würde mich wieder hier behandeln lassen.
Das Pflegepersonal hier ist schlecht ausgebildet.
Wenn man sie braucht, sind die Schwestern und Pfleger für einen da.
Die Schwestern und Pfleger erklären mir stets, wozu die Medikamente sind, die sie mir geben.
Schwestern und Pfleger bleiben auch in kritischen Situationen ruhig.
Die Pflegekräfte tun nur das Nötigste.
Über Nebenwirkungen der Medikamente hat der Arzt mich gut informiert.
Ich fühle mich von den Ärzten verstanden.
Ich werde so weit wie möglich vom Arzt in die Entscheidungen über meine Behandlung einbezogen.
Der Arzt spricht mit mir ausführlich über meine Erkrankung.
Ich fühle mich vom Pflegepersonal verstanden.
Die Pflegekräfte haben ein gutes Verhältnis zu den Patienten.

Tabelle 53: Faktor 1 (Empathie)

Faktor 3: Interaktionen auf der Station

Es sind zu wenig Duschen und Bäder vorhanden.
Über Rehabilitationsmöglichkeiten bin ich umfassend informiert.
Insgesamt bin ich mit der Behandlung zufrieden.
Mit meinen sozialen Problemen stehe ich alleine da.
Das Verhältnis der Ärzte zu den Patienten ist gut.
Auf der Station habe ich genug Privatsphäre.
An den Schwestern und Pflegern habe ich oft etwas auszusetzen.
Nachts ist es auf der Station zu unruhig.
Ärzte und andere Mitarbeiter arbeiten schlecht zusammen.
Der Nichtraucherschutz wird übertrieben.
Mir werden zu viele Psychopharmaka verabreicht.
Die Erklärungen der Schwestern und Pfleger sind oft schlecht verständlich.
Personal und Patienten haben ein schlechtes Verhältnis zueinander.

Tabelle 54: Faktor 3 (Interaktionen auf der Station)

Faktor 4: Information
<p>Einige Ärzte dieser Klinik haben einen weniger guten Ruf. Die Betreuung durch Sozialarbeiter ist schlecht. Die Klinik ist modernisierungsbedürftig. Die Beschäftigungstherapie ist mir zu anstrengend. Die hygienischen Verhältnisse der Station lassen zu wünschen übrig. Meine Angehörigen erhalten zu wenig Informationen. Die Klinik hat einen schlechten Ruf. Beschilderungen und Wegweiser auf Station sind hilfreich.</p>

Tabelle 55: Faktor 4 (Information)

In der vorliegenden Literatur korreliert die aktuelle psychopathologische Symptomatik bei psychotischer Ausprägung mit Unzufriedenheit. Dagegen liegen für alle untersuchten Patientengruppen keine eindeutigen Ergebnisse zum Einfluß klinischer Variablen wie Diagnose, Schwere der Erkrankung und Hospitalisierungsdauer vor (Hansson 1989; Böcker 1989). Da sich die untersuchte Patientengruppe hinsichtlich der Diagnosen und der vorausgegangenen Hospitalisierungen sehr heterogen darstellte, wurde – auch in Anbetracht der geringen Stichprobengröße – auf eine statistische Aufarbeitung dieses Teilaspektes verzichtet.

Die Ergebnisse der Befragung zur Behandlungsbewertung zeigten keinen einheitlichen Einfluß des Erkrankungsgrades auf das Antwortverhalten. Während bei einigen globalen Items zu erkennen war, daß die weniger schwer erkrankten Patienten diese Items positiver bewerteten, zeigten sich die Patienten den Therapieangeboten gegenüber ambivalent. So wurde die Medikation von den schwerer erkrankten Patienten deutlich kritischer gesehen. Auch die Visite wurde – was ihren Informationsgehalt und Umfang betrifft – von den schwerer kranken Patienten kritischer bewertet. Die Stationsumgebung wurde von den leichter erkrankten positiver bewertet. Dies ist insofern plausibel, als die weniger schwer erkrankten Patienten eher auf den in einem besseren baulichen Zustand befindlichen Stationen untergebracht waren. Die psychosoziale Dimension der Behandlung wurde von den schwerer erkrankten Patienten positiver bewertet.

Der aus der Literatur bekannte Trend, daß schwerer erkrankte Patienten generell unzufriedener mit der Behandlung sind, konnte nicht in allen Teilbereichen der Befragung bestätigt werden.

In einigen Studien wurde der Behandlungserfolg miterhoben. Hier zeigte sich eine mehr oder weniger starke Korrelation zwischen Behandlungserfolg und Zufriedenheitsgrad (Gruyters, Priebe 1994; Kelstrup et al. 1993; Böcker 1989). Im Gegensatz dazu zeigen die Ergebnisse der aktuellen Studie keine eindeutige Korrelation zwischen der Bewertung und der Änderung des Erkrankungsgrades. Lediglich bei den globalen Items und bei den Items, die

die Medikation betreffen, war eine positivere Bewertung durch die als gebessert eingestuft Patienten zu beobachten.

Bisher kaum betrachtet wurde der Einfluß des Unterbringungsmodus auf die Behandlungsbewertung. Zusammenfassend zeigten sich in der untersuchten Stichprobe je nach dem, ob die Patienten auf offenen oder geschlossenen Stationen befragt wurden, einige Unterschiede im Antwortverhalten. Besonders große Unterschiede zeigten sich erwartungsgemäß bei den Items, die das stationäre Umfeld betrafen. Hier bewerteten die Patienten, die auf offenen Stationen befragt wurden, fast durchgängig positiver als die Mitpatienten auf den geschlossenen Stationen.

Patienten der offenen Stationen zeigten bei vielen Items, besonders bei den Items zur globalen Bewertung, ein positiveres Antwortverhalten. Jedoch ist neben den tatsächlichen Unterschieden im stationären Umfeld auch an Artefakte durch unterschiedlich lange Verweildauern und damit verbundene Akkomodationsvorgänge zu denken sowie an eine auf den geschlossenen Stationen ausgeprägtere Psychopathologie. So fanden sich von den als leicht erkrankt eingestuften Patienten 11 auf geschlossenen und 21 auf offenen Stationen, während von den als schwer erkrankt eingestuften Patienten 33 auf geschlossenen und nur 20 auf offenen Stationen untergebracht waren.

Die Items, die sich mit der psychosozialen Dimension beschäftigten, wurden vom Unterbringungsmodus unabhängig beantwortet. Insbesondere die Items zum Themenbereich Empathie wurden sehr ähnlich auf offenen und geschlossenen Stationen beantwortet.

6. Diskussion

Ein wesentliches Ziel dieser Arbeit war es zu prüfen, ob eine Behandlungsbewertung durch psychiatrisch erkrankte Patienten möglich und sinnvoll ist. Dies kann nach dieser Befragung deutlich bejaht werden.

Neben den Daten zur Behandlungsbewertung durch die Patienten wurden eine Vielzahl von Patientenvariablen erfaßt, da bisher sehr wenige Untersuchungen über Korrelationen zwischen der Behandlung und dem Behandlungsumfeld sowie der Bewertung durch die Patienten vorliegen. Die an der Befragung teilnehmende Patientenzahl war jedoch mit 85 Patientinnen und Patienten zu gering, um statistisch relevante Aussagen zu allen möglichen Korrelationen zu machen.

Die Ergebnisse der vielfältigen Studien zur Patientenzufriedenheit sind aufgrund der sehr verschiedenen Designs kaum miteinander vergleichbar. Daran ändert auch diese Arbeit leider nichts.

Ein einheitliches Instrument zur Erfassung der Patientenzufriedenheit gibt es nicht. Die angewandten Instrumente sind meist wenig überprüft, fragen die zusammenfassende Globalzufriedenheit oder eine ausführliche Liste von einzelnen Behandlungsaspekten ab, es finden sich neben direkten (Health Service Research Group 1992, Linder-Pelz 1985, Ware 1988) auch indirekte Messungen (Hulka 1970, Pope 1978), und schließlich unterscheiden sie sich erheblich in den Befragungszeitpunkten und -methoden.

Ziel der Arbeit war es, ein Untersuchungsinstrument zu schaffen, das möglichst breit anwendbar ist und dieses unter genau beschriebenen Bedingungen zu testen.

Dadurch, daß die Ausschlußkriterien weit gefaßt werden konnten und trotzdem die Patienten nachvollziehbare Ergebnisse abgegeben haben, erscheint mit der „Befragung zur Behandlungsbewertung“ nun eine Möglichkeit gegeben zu sein, unterschiedliche Patientengruppen miteinander bezüglich ihrer Bewertung der Behandlung zu vergleichen.

Betrachtet man die Ergebnisse, so findet sich eine weitgehende Übereinstimmungen mit den aus der Literatur bekannten Ergebnissen. Für Fragestellungen darüber hinaus ist eine größere Stichprobe mit dem gekürzten Fragebogen notwendig.

Die Rolle des Unterbringungsmodus wurde bisher in der Literatur nicht als Faktor, der die Bewertung der Behandlung durch Patienten beeinflusst, untersucht. In der von uns untersuchten Stichprobe zeigten sich deutliche Unterschiede in der Behandlungsbewertung in Abhängigkeit vom Modus der Unterbringung.

Der aus der Literatur bekannte Trend, daß schwerer erkrankte Patienten generell unzufriedener mit der Behandlung sind, konnte nur teilweise bestätigt werden.

Betrachtet man die Ergebnislage bezüglich der Behandlungsbewertung in Abhängigkeit vom psychopathologischen Zustand, so fand sich hier kein signifikanter Zusammenhang.

Aus der Literatur ist bekannt, daß für die Patientenzufriedenheit die psychosoziale Versorgung mit individueller Behandlung und Autonomie sowie positiven Beziehungen zum ärztlichen und pflegerischen Personal vorrangig vor der professionellen und materiellen Versorgung ist. Dies konnte in der vorliegenden Befragung bestätigt werden.

Unabhängig davon, ob Qualitätskriterien von Patienten oder Experten definiert wurden, lassen sie sich einer materiellen, einer professionellen und einer psychosozialen Dimension zuordnen. Faktoren- und Clusteranalysen verschiedener Befragungsergebnisse haben diese drei Aspekte als wichtigste Zufriedenheits- bzw. Unzufriedenheitsquellen bestätigt. Auch in der aktuellen Befragung ließen sich in der durchgeführten Faktorenanalyse sieben Faktoren ausfindig machen, die sich gut den drei genannten Dimensionen zuordnen lassen. Mittels der durchgeführten Faktorenanalyse lassen sich zwar Faktoren isolieren, die die Patientenzufriedenheit beeinflussen; in welchem Ausmaß sie dies tun, war im Rahmen der vorliegenden Studie nicht untersuchbar.

In der Literatur fällt oft trotz teilweise hoher Globalzufriedenheit bei näherer Betrachtung eine Unzufriedenheit bei detaillierter Nachfrage auf. Daher ist zu fragen, ob eine generell hohe Patientenzufriedenheit nicht ein Artefakt der Befragung, z.B. Antworten im Sinne der sozialen Erwünschtheit oder rollenkonformes Antworten, darstellt. Diese Frage ist mit der vorliegenden Untersuchung nicht zu klären.

Wäre die hohe globale Patientenzufriedenheit ein Artefakt, ist die Messung der Patientenzufriedenheit mittels detailreicher Fragebögen um so wichtiger.

Die Frage, ob solche Untersuchungen zur Patientenzufriedenheit tatsächlich zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität beitragen, ist ebenfalls durch diese Arbeit nicht zu klären. Es bleibt zu hoffen, daß die Befragungen zur Behandlungsbewertung durch die Patienten einen festen Stellenwert in der Qualitätssicherung finden und damit dann auch im Sinne einer Rückkopplung zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität beitragen und so den Patienten nutzen und nicht mehr nur der Forschung dienen. Hier wäre zukünftig eine wiederholte Befragung von Patienten im Behandlungsverlauf interessant, z.B. vor und nach der Renovierung einer Station.

Durch das Fehlen einer einheitlichen Definition des Begriffs „Patientenzufriedenheit“ ist die Evaluation der Patientenzufriedenheit ein weitaus komplexerer Vorgang, als es die publizierten Studien erkennen lassen.

Bisher liegt eine Vielzahl schlecht untersuchter Erhebungsinstrumente vor. Ein einheitliches, gut untersuchtes und anerkanntes Erhebungsinstrument fehlt bis heute. Das hat sich mit dieser Untersuchung nicht grundlegend geändert, es ist aber zu hoffen, daß mit der Kurzform der Befragung zur Bewertung der Behandlung durch Patienten ein Instrument vorgelegt werden konnte, das gut einsetzbar ist und sich im Laufe der Zeit zu einem solchen Instrument entwickeln wird. Zur Zeit läuft eine Befragung zur Bewertung der Behandlung durch Patienten mit diesem Fragebogen an der Universitätsklinik München.

Mit dem vorliegenden Fragebogen zur Behandlungsbewertung durch Patienten ist eine einfache Möglichkeit geschaffen worden, die Qualitätssicherung der stationären Versorgung psychisch kranker Patienten auf diesen Bereich auszudehnen. Damit ist zukünftig die Einbeziehung der Patienten in den Qualitätssicherungsprozeß möglich. Wichtig erscheint dabei die Durchführung der Befragung durch von Behandlung und Institution unabhängige Untersucher.

7. Abbildungen und Tabellen

Abbildung 1: Modell der optimalen Evaluation psychiatrischer Behandlung (Kelstrup et al.)... 6	6
Abbildung 2: Das Gültigkeitsproblem nach Holm (1976)	10
Abbildung 3: Lebensbedingungen und Zufriedenheit (nach Bruggemann et al. 1975).....	15
Abbildung 4: Zufriedenheitsmodell (von Hofstätter 1986)	16
Abbildung 5: Geschlechterverteilung	46
Abbildung 6: Verteilung der Patienten auf den Stationen.....	46
Abbildung 7: Einweisungsmodus	47
Abbildung 8: Wohnsituation	47
Abbildung 9: Schulausbildung	48
Abbildung 10: Berufsausbildung	49
Abbildung 11: Frequenz der Medikamentengabe	50
Tabelle 1: Fragebogen zur Behandlungsbewertung durch Patienten - Itemübersicht	23
Tabelle 2: Ausschlußkriterien.....	33
Tabelle 3: Vergleich der Items zur Gesamtzufriedenheit - absolute Angaben.....	34
Tabelle 4: Bewertung des Items 92 in Abhängigkeit vom Item 58	34
Tabelle 5: Bewertung des Items 96 in Abhängigkeit der Beantwortung des Items 58.....	35
Tabelle 6: Vergleich der Items zu Informationen über Medikamente - absolute Angaben ...	35
Tabelle 7: Bewertung des Items 88 in Abhängigkeit der Beantwortung des Items 58.....	36
Tabelle 8: Vergleich der Items zur Einbeziehung in die Therapieplanung	36
Tabelle 9: Bewertung des Items 16 in Abhängigkeit der Beantwortung des Items 15.....	37
Tabelle 10: Vergleich der Items zur Einschätzung der Professionalität der Ärzte	37
Tabelle 11: Vergleich der Items zur Einschätzung des Arzt-Patienten-Verhältnisses	38
Tabelle 12: Vergleich der Items zum Informationsverhalten der Ärzte	38
Tabelle 13: Neuroleptische Medikation	49
Tabelle 14: CGI-Beurteilung.....	52
Tabelle 15: Globale Behandlungsbewertung in Abhängigkeit vom Geschlecht.....	56

Tabelle 16: Signifikante Bewertungsunterschiede in Abhängigkeit vom Geschlecht.....	59
Tabelle 17: Antwortverhalten, nach Geschlechtern getrennt	61
Tabelle 18: Globale Behandlungsbewertung in Abhängigkeit vom Patientenalter.....	62
Tabelle 19: Bewertung der professionellen Behandlungsdimension und Patientenalter	63
Tabelle 20: Bewertung materieller Aspekte in Abhängigkeit vom Patientenalter.....	64
Tabelle 21: Bewertung der Empathie in Abhängigkeit vom Patientenalter	65
Tabelle 22: Bewertung der Autonomie in Abhängigkeit vom Patientenalter	66
Tabelle 23: Bewertung des Essens in Abhängigkeit vom Patientenalter	66
Tabelle 24: Signifikante Bewertungsunterschiede in Abhängigkeit vom Alter	70
Tabelle 25: Übersicht über das Antwortverhalten, nach Altersgruppen getrennt.....	72
Tabelle 26: Globale Behandlungsbewertung in Abhängigkeit vom Unterbringungsort.....	74
Tabelle 27: Bewertung der professionellen Behandlungsdimension und Unterbringungsort	75
Tabelle 28: Bewertung materieller Aspekte und Unterbringungsort	77
Tabelle 29: Signifikante Bewertungsunterschiede in Abhängigkeit v. Unterbringungsmodus .	79
Tabelle 30: Übersicht über das Antwortverhalten in Abhängigkeit vom Unterbringungsort...	81
Tabelle 31: Globale Behandlungsbewertung in Abhängigkeit vom Erkrankungsgrad	83
Tabelle 32: Bewertung der professionellen Behandlungsdimension und Erkrankungsgrad..	85
Tabelle 33: Bewertung der Stationsumgebung in Abhängigkeit vom Erkrankungsgrad.....	86
Tabelle 34: Bewertung der Empathie in Abhängigkeit vom Erkrankungsgrad.....	87
Tabelle 35: Signifikante Bewertungsunterschiede in Abhängigkeit vom Erkrankungsgrad ...	88
Tabelle 36: Übersicht über das Antwortverhalten in Abhängigkeit vom Erkrankungsgrad	90
Tabelle 37: Globale Behandlungsbewertung und Änderung des Erkrankungs niveaus	91
Tabelle 38: Professionellen Behandlungssituation und Änderung des Erkrankungs niveaus	93
Tabelle 39: Bewertung der Stationsumgebung und Änderung des Erkrankungs niveaus.....	94
Tabelle 40: Psychosoziale Dimension und Änderung des Erkrankungs niveaus	95
Tabelle 41: Signifikante Bewertungsunterschiede in Abhängigkeit vom Erkrankungsgrad ...	96
Tabelle 42: Antwortverhalten und Änderung des Erkrankungs niveaus	98
Tabelle 43: Antwortverhalten zu Item 1	101
Tabelle 44: Items des Kurzfragebogens	103

Tabelle 45: Offene Fragen des Kurzfragebogens	103
Tabelle 46: Vergleich der Items zur Gesamtzufriedenheit	107
Tabelle 47: Vergleich der Items zur globalen Zufriedenheit.....	113
Tabelle 48: Vergleich der Items mit Unzufriedenheitsäußerungen	114
Tabelle 49: Faktor 5 (Medikamente und Behandlungserfolg)	115
Tabelle 50: Faktor 2 (Ärztliches Handeln).....	115
Tabelle 51: Faktor 6 (Tagesablauf auf der Station und Visite).....	116
Tabelle 52: Faktor 7 (Zeit).....	116
Tabelle 53: Faktor 1 (Empathie)	117
Tabelle 54: Faktor 3 (Interaktionen auf der Station)	117
Tabelle 55: Faktor 4 (Information).....	118

8. Literaturverzeichnis

1. Abele A, Becker P (Hrsg) (1991) Wohlbefinden. Theorie - Empirie - Diagnostik. Juventa, Weinheim München
2. Abramowitz S, Coté AA, Berry E (1987) Analyzing patient satisfaction: a multianalytic approach. Qual Rev Bull 13: 122-130
3. Ben-Sira Z (1980) Affective and Instrumental Components in the Physician-Patient Relationship: An Additional Dimension of Interaction Theory. Journal of Health and Social Behavior 21,6: 170-180
4. Bensing J (1991) Doctor-Patient Communication and the Quality of Care. Social Science and Medicine 32: 1301-1310
5. Berghofer G, Lang A, Henkel H, Schmidl F, Rudas S, Schmitz M (2001) Patient satisfaction of inpatients and outpatients with staff, environment and other patients. Psychiatr. Serv. 2001 Jan; 52 (1): 104-106
6. Böcker FM (1989) Zufriedenheit psychisch Kranker mit der psychiatrischen Klinikbehandlung. Psycho 15: 34-42
7. Bossert S, Wiegand M, Schmölz H, Paessens H, Krieg JC (1990) Stationäre Behandlung im Urteil von Patienten mit verschiedenen Erkrankungen. Prax Psychother Psychosom 35: 323-328
8. Bruggemann A (1974) Zur Unterscheidung verschiedener Formen von „Arbeitszufriedenheit“. Arbeit Leistung 28: 281-284
9. Büssing A (1983) Arbeitssituation und Arbeitszufriedenheit. Köln Z Soziol Sozialpsychol 35: 680-708
10. Campbell A, Converse PE, Rodgers WL (1976) The quality of life. Sage, New York
11. Donabedian A (1980) Explorations in Quality Assessment and Monitoring, vol 1, Health Administration Press, Ann Arbor, Mich
12. Dyck RJ, Azim HFA (1983) Patient Satisfaction in a Psychiatric Walk-In Clinic. Can. J. Psychiatry 28: 30-33
13. Ehnfors M, Smedby B (1993) Patient satisfaction surveys subsequent to hospital care: Problems of sampling, non-response and other losses. Quality Assurance in Health Care 5: 19-32
14. Elbeck M, Fecteau G (1990) Improving the Validity of Measures of Patient Satisfaction with Psychiatric Care and Treatment. Hospital and Community Psychiatry 41: 998-1001

15. Elzinga RH, Barlow J (1991) Patient satisfaction among the residential population of a psychiatric hospital. *The International Journal of Social psychiatry* 37: 24-34
16. Erzberger C, Deriveaux JC, Ruhstrat EU (1989) Der zufriedene Patient? *MMG* 14: 140-145
17. Franklin JL, Simmons J et al. (1986) Assessing Quality of Life of the Mentally Ill. *Evaluation and the Health Profess* 4: 376-394
18. Frey D, Irle M (Hrsg) (1984) *Theorien der Sozialpsychologie, Bd 1: Kognitive Theorien*. Huber, Bern Stuttgart Toronto
19. Gaebel W (1995) Qualitätssicherung in der Psychiatrie. *Nervenarzt* 66: 481-493
20. Gerhards J (1986) Soziologie der Emotion. Ein Literaturbericht. *Köln Z Soziol Sozialpsychol* 38: 760-771
21. Gruyters T, Priebe S (1992) Die Bewertung psychiatrischer Behandlung durch die Patienten - eine Studie zu ihrer Erfassungsmethodik und zeitlichen Stabilität. *Fortschr Neurol Psychiat* 60: 140-145
22. Gruyters T, Priebe S (1994) Die Bewertung psychiatrischer Behandlung durch die Patienten - Resultate und Probleme der systematischen Erforschung. *Psychiatr. Prax.* 21: 88-95
23. Hall JA, Dornan MC (1990) Patient Sociodemographic Characteristics as Predictors of Satisfaction with Medical Care: A Meta-Analysis. *Social Science and Medicine* 30,7: 811-818
24. Hall MC, Elliott KM, Stiles GW (1993) Hospital Patient Satisfaction: Correlates, Dimensionality and Determinants. *Journal of Hospital Marketing* 7,2: 77-90
25. Hansson L (1989) Patient Satisfaction with In-hospital Psychiatric Care. *Eur Arch Psychiatr Neurol Sci* 239: 93-100
26. Hansson L, Björkman T, Berglung I (1993) What is Important in Psychiatric Inpatient Care? Quality of Care from the Patient's Perspective. *Quality Assurance in Health Care* 5,1: 41-47
27. Health Service Research Group (1992) A guide to direct measures of patient satisfaction in clinical practice. *Can Med Assoc J* 146: 1727-1731
28. Henkel H, Schmitz M, Berghofer G, Lang A, Kager A, Steiner E, Schmidl F, Rudas S (2000) Die Lebensqualität psychisch Kranker. *Wien. Med. Wochenschr.* 2000; 150 (3); 32-36
29. Hoffmann H (1991) Problemkreis Patient und Krankenhaus aus der Sicht des Arztes. *Krankenh Umsch* 5: 393-400

30. Hofstätter PR (1986) Bedingungen der Zufriedenheit. Fromm, Osnabrück
31. Holm K (Hrsg) (1976) Die Befragung 4. Francke, München
32. Hulka BS, Zyzanski SJ, Cassel JL et al. (1970) Scale for the measurement of attitudes towards physicians and primary medical care. *Med. Care* 8: 429-436
33. Huber S (1983) Zum psychologischen Konstrukt der „Zufriedenheit“ - Meßansätze und Modellanalysen. Dissertation, Mannheim
34. Inglehart R (1989) Kultureller Umbruch. Wertewandel in der westlichen Welt. Campus, Frankfurt New York
35. Ipsen D (1978) Das Konstrukt Zufriedenheit. *Soziale Welt* 1: 44-53
36. Joos SK, Hickam DH, Borders LM (1993) Patient's Desires and Satisfaction in general Medicine Clinics. *Public Health Reports* 108,6: 751-759
37. Kai I, Ohi G et al. (1993) Communication between patients and physicians about terminal care: a survey in Japan. *Social Science and Medicine* 36,9: 1151-1159
38. Kallert TW (1991) Patientinnen mit depressiven Erkrankungen bewerten nach Entlassung die therapeutischen Angebote einer Klinikbehandlung. *Psychiatr Prax* 18: 178-185
39. Kalmann TP (1983) An overview of patient satisfaction treatment. *Hosp Community Psychiatry* 34: 48-54
40. Kelstrup A, Lund K et al. (1993) Satisfaction with care reported by psychiatric in-patients. *Acta Psychiatr Scand* 87: 374-379
41. Kolb SJ, Race KE, Seibert JH (2000) Psychometric evaluation of an inpatient psychiatric care consumer satisfaction survey. *J. Behav. Health Serv. Res.* 2000 Feb; 27 (1): 75-86
42. Kordy H, von Rad M, Senf W (1990) Therapeutische Faktoren bei stationärer Psychotherapie - die Sicht der Patienten. *Psychother Psychosom Med Psychol* 40: 3880-3887
43. Kövesi E, Manyi G (1986) Patientenzufriedenheit in der Volksrepublik Ungarn. *Stationäres und ambulantes Gesundheitswesen* 36: 46-48
44. Lazarus RS, Folkman S (1984) Stress, appraisal and coping. Springer, Berlin Heidelberg New York
45. Leimkühler AM (1995) Die Qualität klinischer Versorgung im Urteil der Patienten. In: Gaebel W (Hrsg) Qualitätssicherung im psychiatrischen Krankenhaus. Springer, Wien New York, 163-172

46. Leimkühler AM, Müller U (1996) Patientenzufriedenheit - Artefakt oder soziale Tatsache ? *Nervenarzt* 67: 765-773
47. Lemke RW (1987) Identifying consumer satisfaction through patient surveys. *Health Progress* 68,2: 56-58
48. Lence RL, Smith MC (1987) Patient Satisfaction and Intention to Revisit the Hospital: A Further Test of Disconfirmation and Equity Theory. *Journal of Hospital Marketing* 2,1: 19-34
49. Linder-Pelz S, Struening EL (1985) The multidimensionality of patient satisfaction with a clinic visit. *J Commun Health* 10: 42-54
50. Lloyd P, Lupton D, Donaldson C (1991) Consumerism in the health care setting: an exploratory study of factors underlying the selection and evaluation of primary medical services. *Australian Journal of Public Health* 15,3: 194-201
51. Mac Donald L, Sibbald B, Hoare C (1988) Measuring patient satisfaction with life in a long-stay psychiatric hospital. *Int J Soc Psychiatry* 34: 292-304
52. Mayring Ph (1991) Die Erfassung subjektiven Wohlbefindens. In: Abele A, Becker P (Hrsg) *Wohlbefinden. Theorie - Empirie - Diagnostik*. Juventa, Weinheim München, 51-70
53. Mc Millan JR (1987) Measuring Consumer Satisfaction to Improve Quality of Care. *Health Progress* 3: 54-55 und 76-80
54. Meffert H (1992) *Marketingforschung und Käuferverhalten*, 2. Aufl. Gabler, Wiesbaden
55. Pope CR (1987) Consumer satisfaction in a health maintenance organisation. *J Health soc Behav* 19: 291-303
56. Potthoff A et al. (1987) Befinden und Zufriedenheit der Patienten nach gynäkologischen Operationen. *Geburtshilfe/Frauenheilkunde* 47: 417-421
57. Raspe HH (1983) *Aufklärung und Information im Krankenhaus*. Göttingen
58. Richard S (1994) Wettbewerb auf dem Markt für Arztleistung ? *Arbeit Sozialpol* 3-4: 35-40
59. Rössler W, Salize HJ (1995) Qualitätsindikatoren psychiatrischer Versorgungssysteme. In: Gaebel W (Hrsg) *Qualitätssicherung im psychiatrischen Krankenhaus*. Springer, Wien New York, 39-51
60. Russ L, Wohlmannstetter V (1987) Durchführung und Ergebnisse einer Patientenbefragung im Krankenhaus. *Krankenhaus Umschau* 1: 23-26

61. Schmidt J, Lamprecht F, Wittmann WW (1989) Zufriedenheit mit der stationären Versorgung. Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen. *Psychother. med. Psychol.* 39: 248-255
62. Schutzwahl M, Olbrich R (2000) Patientenbewertung stationärer psychiatrischer Ergotherapie. Bedingungsfaktoren der berichteten Patientenzufriedenheit. *Psychiatr. Prax.* 2000 Nov; 27 (8): 401-405
63. Siegrist J (1976) Der Doppelaspekt der Patientenrolle im Krankenhaus: Empirische Befunde und theoretische Überlegungen. In: Begemann H (Hrsg.) *Patient und Krankenhaus*, Urban und Schwarzenberg, München Berlin Wien, 25-48
64. Smith C (1992) Validation of a patient satisfaction system in the United Kingdom. *Quality Assurance in Health Care* 4,3:171-177
65. Swan JE, Sawyer JC et al. (1985) Deepening the understanding of hospital patient satisfaction: Fullfillment and equity effects. *Journal of Health Care Marketing* 5,3: 7-18
66. Trommsdorf V (1989) *Konsumentenverhalten*. Kohlhammer, Stuttgart Berlin Köln
67. Wallbott HG (1991) Das Emotionale in der Sozialpsychologie und das Soziale in der Emotionspsychologie - Versuch einer Bestandsaufnahme eines vernachlässigten Grenzbereichs. *Z Sozialpsychol* 53-65
68. Waniek W (1977) Psychiatrische Patienten beurteilen die Behandlungsmöglichkeiten ihrer Klinik. *Psychiatr Prax* 4: 237-242
69. Ware JE, Hays RD (1988) Methods for measuring patient satisfaction with specific medical encounters. *Med Care* 26: 393-402
70. Weinstein RM (1979) Patient attitudes toward mental hospitalization: a review of quantitative research. *J Health Soc Behav* 20: 237-258
71. Williams B (1994) Patient satisfaction: a valid concept? *soc Sci Med* 38: 509-516
72. Windgassen K (1989) *Schizophreniebehandlung aus der Sicht des Patienten. Untersuchung des Behandlungsverlaufes und der neuroleptischen Therapieunter pathischem Aspekt*. Springer, Berlin Heidelberg New York
73. Zapf W, Breuer S, Hampel J, Krause P, Mohr HW, Wiegand E (1987) *Individualisierung und Sicherheit. Untersuchungen zur Lebensqualität in der Bundesrepublik Deutschland*. Beck, München

9. Anhang A: Beantwortung der Items

Nr.	Item	keine Angabe	voll	überwiegend	unentschieden	eher nicht	gar nicht
1	Die Wäsche ist sauber.		1	91	6	1	1
2	Ich fühle mich durch das Rauchen gestört.		9	7	5	4	75
3	Die Betreuung durch Sozialarbeiter ist schlecht.	8	11	7	26	6	42
4	Auf der Station habe ich genug Privatsphäre.	1	34	17	7	19	22
5	Der Arzt spricht mit mir ausführlich über meine Erkrankung.	1	48	12	4	21	14
6	Über Möglichkeiten der Weiterbehandlung nach der Entlassung bin ich gut informiert.	2	42	12	4	9	31
7	Einige Ärzte dieser Klinik haben einen weniger guten Ruf.	6	18	14	32	9	21
8	Es ist sinnvoll, daß Patienten in der Psychiatrie alltägliche Aufgaben, wie Betten beziehen und den Tisch decken, selber verrichten.		64	11	4	7	14
9	Ich würde mich wieder hier behandeln lassen.	1	54	11	15	4	15
10	Die Besuchszeiten liegen ungünstig.	4	20	9	17	9	41
11	Es sind zu wenig Duschen und Bäder vorhanden.	1	29	11	5	11	43
12	Die Ärzte interessieren sich für meine Fragen und Sorgen.		49	24	8	12	7
13	Nachts ist es auf der Station zu unruhig.		7	4	6	7	76
14	Ich habe häufig etwas an den Ärzten auszusetzen.		12	5	10	18	55
15	Ich werde so weit wie möglich vom Arzt in die Entscheidungen über meine Behandlung einbezogen.	1	43	14	9	11	22
16	Ich werde in der Therapie gegen meinen Willen zu Dingen gedrängt.	1	19	13	5	10	52
17	Die Belüftung der Zimmer ist schlecht.		35	12	3	12	48

Nr.	Item	keine Angabe	voll	überwiegend	unentschieden	eher nicht	gar nicht
18	Die Ärzte sind gut ausgebildet.	2	44	17	29	3	5
19	Das Essen ist von guter Qualität.		32	20	18	10	20
20	Der Kontakt zu den Mitpatienten ist gut.		46	32	12	7	3
21	Das Essen ist zu eintönig.	4	27	12	3	13	41
22	Die Ärzte bleiben auch in kritischen Situationen ruhig.	2	53	19	15	6	5
23	Einige Ärzte dieser Klinik genießen einen guten Ruf.	6	47	11	35	0	1
24	Die Medikamente helfen mir, mich gesünder zu fühlen.	8	25	20	12	13	22
25	Über meine Medikamente wird mit mir zu wenig gesprochen.	4	26	11	5	7	47
26	Die hygienischen Verhältnisse der Station lassen zu wünschen übrig.		24	7	4	14	51
27	Toiletten sind ausreichend vorhanden.	1	68	6	2	11	12
28	Das Pflegepersonal hier ist schlecht ausgebildet.	3	6	2	15	12	62
29	Beschilderungen und Wegweiser auf Station sind hilfreich.	8	46	11	16	11	8
30	Mir werden Medikamente, von denen ich eine Besserung erwarte, vorenthalten.		14	2	13	6	65
31	Alle Untersuchungen sind notwendig.	1	54	12	6	19	8
32	Die Fernsehmöglichkeiten sind gut.		57	14	6	14	9
33	Die Erklärungen der Schwestern und Pfleger sind oft schlecht verständlich.	1	11	7	8	9	64
34	Ärzte und andere Mitarbeiter arbeiten schlecht zusammen.	2	9	5	17	12	55
35	Die Arbeitstherapie hilft mir, mich auf die Zeit nach der Entlassung vorzubereiten.	55	15	9	7	12	2

Nr.	Item	keine Angabe	voll	überwiegend	unterschieden	eher nicht	gar nicht
36	Die Schwestern und Pfleger erklären mir stets, wozu die Medikamente sind, die sie mir geben.	5	21	22	5	15	32
37	Ich werde zu oberflächlich untersucht.		13	9	4	5	69
38	Meine Angehörigen werden ausreichend in meine Behandlung einbezogen.	2	41	5	12	8	32
39	Mir werden zu viele Psychopharmaka verabreicht.	5	21	6	5	6	57
40	Oft kann ich den Gesprächen bei der Visite kaum folgen.		15	9	10	9	57
41	Die Klinik hat einen schlechten Ruf.	1	17	12	24	13	33
42	Die Nebenwirkungen der Medikamente überwiegen für mich den Nutzen.	7	12	13	16	14	38
43	Ich möchte, daß meine Angehörigen in einer Angehörigengruppe mitmachen.	5	24	0	11	3	57
44	An den Schwestern und Pflegern habe ich oft etwas auszusetzen.	1	8	7	9	21	54
45	Ich kann mich innerhalb der Station frei bewegen.	1	86	7	4	1	1
46	Die Klinik ist modernisierungsbedürftig.	1	25	21	18	14	21
47	Meine Angehörigen erhalten zu wenig Informationen.	7	18	8	11	6	50
48	Die Ärzte tun nur das Nötigste.	2	24	1	7	12	54
49	Wenn man sie braucht, sind die Schwestern und Pfleger für einen da.	1	58	26	2	8	5
50	Die Station ist sauber.	3	59	20	7	6	5
51	Die Möglichkeiten zu telefonieren sind unzureichend.	1	46	3	4	8	38
52	Es werden genügend Einzelgespräche angeboten.	1	42	8	8	18	23

Nr.	Item	keine Angabe	voll	überwiegend	unentschieden	eher nicht	gar nicht
53	Die Pflegekräfte haben ein gutes Verhältnis zu den Patienten.	1	46	26	20	6	1
54	Die Pflegekräfte tun nur das Nötigste.	1	15	8	13	12	51
55	Der Tagesablauf auf Station engt mich zu sehr ein.	1	21	9	6	9	53
56	Die therapeutischen Gruppen finden zu selten statt.	49	9	4	3	9	26
57	Ich fühle mich vom Pflegepersonal verstanden.	4	42	28	10	7	9
58	Ich bin mit dem Behandlungserfolg zufrieden.	3	33	25	11	13	15
59	Die Erklärungen der Ärzte sind gut verständlich.	4	54	21	11	3	7
60	Die Einzelgespräche helfen mir.	8	52	11	15	3	11
61	Der feste Tagesablauf hilft mir, mit meiner Erkrankung klar zu kommen.	2	26	19	23	9	21
62	Ich werde hier wirklich als Einzelperson behandelt.	1	43	17	11	14	14
63	Die Essenszeiten sind günstig.	1	51	24	6	8	10
64	Das Verhältnis der Ärzte zu den Patienten ist gut.	1	55	24	13	2	5
65	Vor Untersuchungen muß ich oft lange warten.	2	14	2	12	8	62
66	Die Beschäftigungstherapie hilft mir, mit meiner Erkrankung klarzukommen.	25	21	11	10	13	20
67	Der Aufenthalt in dieser Klinik dauert meistens länger als nötig.	1	33	9	18	13	26
68	Ich fühle mich von den Ärzten verstanden.	2	50	20	8	9	11
69	Die Beschäftigungstherapie ist mir zu anstrengend.	24	7	5	3	8	53
70	Mir werden in der Therapie Lösungsansätze für meine Probleme vermittelt.	5	30	16	9	16	24

Nr.	Item	keine Angabe	voll	überwiegend	unentschieden	eher nicht	gar nicht
71	Mit meinem Bett bin ich zufrieden.	2	45	14	8	13	18
72	Die Dosierung meiner Medikamente ist genau richtig.	6	34	11	16	15	18
73	Oft haben die Ärzte zu wenig Zeit, auf meine Sorgen und Wünsche einzugehen.	1	34	11	8	18	28
74	Es gibt auf Station zu wenige Gemeinschaftsräume.	1	22	13	0	17	47
75	Auf meine Entlassung bin ich kaum vorbereitet.	11	25	6	14	8	36
76	Personal und Patienten haben ein schlechtes Verhältnis zueinander.	3	7	2	14	19	55
77	Die Angehörigengruppen helfen meiner Familie und mir.	84	2	5	6	1	2
78	Ich habe nach der Visite oft noch Fragen.	2	24	11	7	9	47
79	Ich bin mit meiner Krankheit hier gut aufgehoben.	4	39	18	10	11	19
80	Viele Patienten werden zu früh entlassen.	2	20	7	40	5	26
81	Der Krankenhausseelsorger hilft mir in meiner Situation.	65	8	1	3	11	12
82	Mit meinen sozialen Problemen stehe ich alleine da.	7	23	8	6	14	42
83	Die Arbeitstherapie strengt mich zu sehr an.	62	5	2	5	5	21
84	Bei der Visite wird mehr über die Patienten gesprochen als mit ihnen.	5	24	4	9	11	47
85	Der Nichtraucherschutz wird übertrieben.	1	8	4	1	8	78
86	Die Dosierung meiner Medikamente wird mit mir besprochen.	6	45	15	4	8	22
87	Die Pflegekräfte stehen oft unter Zeitdruck.	1	26	17	13	16	27
88	Über Nebenwirkungen der Medikamente hat der Arzt mich gut informiert.	6	32	5	6	8	43

Nr.	Item	keine Angabe	voll	überwiegend	unentschieden	eher nicht	gar nicht
89	Über Rehabilitationsmöglichkeiten bin ich umfassend informiert.	5	14	8	5	13	55
90	Es kommt öfter vor, daß sich Patienten über Ärzte beschweren.	3	22	9	26	12	28
91	Die therapeutischen Gruppen helfen mir, mit meiner Erkrankung fertig zu werden.	57	17	9	12	2	3
92	Ich habe von der Behandlung profitiert.	2	31	28	17	8	14
93	Die Besuchszeiten reichen aus.	3	58	11	7	6	15
94	Die Visite ist oft zu kurz.	1	31	11	10	11	36
95	Der Sozialdienst hilft mir, meine Probleme in den Griff zu bekommen.	15	26	7	15	10	27
96	Insgesamt bin ich mit der Behandlung zufrieden.	5	32	27	14	9	13
97	Es gibt hier zu wenige Aufenthaltsmöglichkeiten für Nichtraucher.	1	30	6	7	9	47
98	Schwestern und Pfleger bleiben auch in kritischen Situationen ruhig.	4	52	22	12	6	4

➔ Ihre Meinung zählt !

Durch die Befragung zur Behandlungsbewertung möchten wir etwas über Ihre Einstellungen, Wünsche und Erwartungen, aber auch Ihre Befürchtungen erfahren. Dabei sind uns Ihre persönliche Sicht und Ihre persönlichen Erfahrungen wichtig. Eine Beurteilung der Klinik, des Personals und der Behandlung aus Ihrer Sicht soll helfen, Probleme in der Psychiatrie zu erkennen – und abzubauen.

Eine Teilnahme an der Befragung ist freiwillig und hat keinerlei Einfluß auf Ihren Aufenthalt oder Ihre Behandlung. Die Auswertung erfolgt anonym, Ihren Bogen sehen weder die behandelnden Ärzte noch das Pflegepersonal.

Kreuzen Sie bitte zu jeder Aussage im Fragebogen die Antwortmöglichkeit an, der Sie am ehesten zustimmen.

Falls Sie zu einer Aussage keine Stellung nehmen können, weil Sie z.B. mit der Therapie keine Erfahrungen gemacht haben, kreuzen Sie bitte keine Antwortmöglichkeit an.

Es gibt bei dieser Befragung keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten wie bei einem Test. Ihre Meinung ist uns wichtig.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe !

Womit waren Sie besonders zufrieden ?

Womit waren Sie besonders unzufrieden ?

Fragebogen zur Behandlungsbewertung durch Patienten (Kurzform)

Bitte geben Sie an, wie sie der Aussage zustimmen:	Voll...	...überwiegend...	...unentschieden...	...eher nicht...	...gar nicht.
Der Arzt spricht mit mir ausführlich über meine Erkrankung.	()	()	()	()	()
Die Ärzte interessieren sich für meine Fragen und Sorgen.	()	()	()	()	()
Ich werde so weit wie möglich vom Arzt in die Entscheidungen über meine Behandlung einbezogen.	()	()	()	()	()
Die Medikamente helfen mir, mich gesünder zu fühlen.	()	()	()	()	()
Toiletten sind ausreichend vorhanden.	()	()	()	()	()
Beschilderungen und Wegweiser auf Station sind hilfreich.	()	()	()	()	()
Die Erklärungen der Schwestern und Pfleger sind oft schlecht verständlich.	()	()	()	()	()
Ärzte und andere Mitarbeiter arbeiten schlecht zusammen.	()	()	()	()	()
Die Schwestern und Pfleger erklären mir stets, wozu die Medikamente sind, die sie mir geben.	()	()	()	()	()
Mir werden zu viele Psychopharmaka verabreicht.	()	()	()	()	()

Bitte geben Sie an, wie sie der Aussage zustimmen:	Voll...	...überwiegend...	...unentschieden...	...eher nicht...	...gar nicht.
Oft kann ich den Gesprächen bei der Visite kaum folgen.	()	()	()	()	()
Die Klinik hat einen schlechten Ruf.	()	()	()	()	()
Wenn man sie braucht, sind die Schwestern und Pfleger für einen da.	()	()	()	()	()
Die Pflegekräfte haben ein gutes Verhältnis zu den Patienten.	()	()	()	()	()
Die Pflegekräfte tun nur das Nötigste.	()	()	()	()	()
Der Tagesablauf auf Station engt mich zu sehr ein.	()	()	()	()	()
Ich fühle mich vom Pflegepersonal verstanden.	()	()	()	()	()
Ich bin mit dem Behandlungserfolg zufrieden.	()	()	()	()	()
Ich fühle mich von den Ärzten verstanden.	()	()	()	()	()

Fragebogen zur Behandlungsbewertung durch Patienten (Kurzform)

Bitte geben Sie an, wie sie der Aussage zustimmen:	Voll...	...überwiegend...	...unentschieden...	...eher nicht...	...gar nicht.
Die Einzelgespräche helfen mir.	()	()	()	()	()
Der Aufenthalt in dieser Klinik dauert meistens länger als nötig.	()	()	()	()	()
Mir werden in der Therapie Lösungsansätze für meine Probleme vermittelt.	()	()	()	()	()
Auf meine Entlassung bin ich kaum vorbereitet.	()	()	()	()	()
Personal und Patienten haben ein schlechtes Verhältnis zueinander.	()	()	()	()	()
Ich bin mit meiner Krankheit hier gut aufgehoben.	()	()	()	()	()
Der Nichtraucherschutz wird übertrieben.	()	()	()	()	()
Über Nebenwirkungen der Medikamente hat der Arzt mich gut informiert.	()	()	()	()	()
Ich habe von der Behandlung profitiert.	()	()	()	()	()
Die Visite ist oft zu kurz.	()	()	()	()	()
Schwestern und Pfleger bleiben auch in kritischen Situationen ruhig.	()	()	()	()	()

Was kann aus Ihrer Sicht verbessert werden ?

Was ist für Ihre Zufriedenheit wichtig und wurde nicht gefragt ?

Vielen Dank für Ihre Mithilfe !

Guido Pukies

Schulstraße 22
41460 Neuss
☎ 02131 – 2 19 74
mobil 0177 – 49 462 462

Lebenslauf

Persönliche Daten

Name: Guido Pukies
Geburtstag: 14.03.1970
Geburtsort: Neuss
Nationalität: Deutsch
Konfession: Römisch - katholisch
Familienstand: Verheiratet mit Nadia Pukies, geb. Dickels
Unser Sohn Maximilian wurde am 26.10.1999 geboren

Schulbildung

1976 - 1980 Katholische Grundschule in Kaarst - Büttgen
1980 - 1986 Quirinus - Gymnasium in Neuss
1986 - 1989 Don - Bosco - Gymnasium in Korschenbroich

Hochschulbildung

WS 1989 - 1997 Medizin an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf,
praktisches Jahr am Klinikum Krefeld (Wahlfach Anästhesie)
Juni 1997 Approbation

Promotion

1994 - 2002 Erhebung von Patientenurteilen zur Erfassung relevanter
Variablen und Indikatoren für eine qualitativ hochwertige
Behandlung im Rahmen der Evaluation stationärer
psychiatrischer Behandlung

Klinik

6/1997- 11/1998 Arzt im Praktikum in der Medizinischen Klinik II, Klinikum
Krefeld, Prof. Dr. med. K. Becker
12/1998 - Assistenzarzt in der Medizinischen Klinik II, Klinikum
Krefeld, Prof. Dr. med. T. Frieling

Neuss, den 27.04.2002