

**Aus der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
des Vivantes-Klinikums Neukölln**

DISSERTATION

**Erwartungen psychiatrischer Patienten an die Klinik.
Eine qualitative Untersuchung der Patientenzufriedenheit**

**zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor medicinae (Dr. med.)**

**vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin**

von

Sieglinde Raguss-Klinitz

aus München

Gutachter: 1. Prof. Dr. med. E. Fähndrich
2. Prof. Dr. med. A. Heinz
3. Prof. Dr. R. D. Stieglitz

Datum der Promotion: 27.03.2009

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1 Einleitung	5
1.1 Problemstellung	10
1.2 Literaturübersicht	12
1.2.1 Ergebnisse	12
1.2.2 Methodische und konzeptuelle Probleme	21
1.3 Ziel der Untersuchung	27
2 Methodik	28
2.1 Qualitative Inhaltsanalyse als Forschungsmethode	28
2.2 Zusammenfassende Inhaltsanalyse	29
2.3 Auswertung der offenen Frage zur Patientenzufriedenheit	30
2.3.1 Liste der Kategorien und Globalaussagen	30
2.4 Beschreibung der Untersuchungsgruppe	32
2.4.1 Soziodemographische Daten	33
2.4.2 Verteilung nach Diagnosen	34
2.5 Auswertung der Ergebnisse	34
3 Ergebnisse	35
3.1 Lob und Kritik	36
3.1.1 Globale Zufriedenheit	36
3.1.2 Globale Unzufriedenheit	38
3.2 Zufriedenheit mit Umgang und Behandlung	38
3.3 Zufriedenheit mit Klinikgestaltung und Ausstattung	43
3.4 Zufriedenheit mit dem Zusammenleben der Patienten	46
3.5 Zusammenfassung der Ergebnisse	47
4 Diskussion	48
4.1 Erwartungen an die Klinik	48

4.2	Methodische Probleme	51
4.3	Verbesserungsvorschläge der Patienten	52
4.4	Konsequenzen für die Versorgung	54
5	Zusammenfassung	57
6	Literaturverzeichnis	59
7	Anlagen	68
	Anlage 1: Lebenslauf	68
	Anlage 2: Erklärung an Eides Statt	69
	Anlage 3: Danksagung	70

1 Einleitung

Auch Krankenhäuser bieten Dienstleistungen an und definieren den „zufriedenen Patienten“ als „strategisches Ziel“ qualitätsverbessernder Maßnahmen (KAISER & JOHANNSEN, 2005). Regelmäßig werden aus der Sicht der Patienten die Leistungsangebote verschiedener Länder miteinander verglichen: Seit 2005 wird z.B. jährlich ein europäischer „Gesundheitskonsumenten-Index“ erstellt mit dem Ziel, das Bewusstsein für eine Verbesserung der jeweiligen Gesundheitssysteme hinsichtlich Patientenrechte, Angebotsvielfalt, Wartezeiten u.a. zu schärfen (HEALTH CONSUMER POWERHOUSE, 2007). Ein modernes Management *vom Kunden her zu denken*, schließt den Anspruch ein, die individuellen Wünsche und Bedürfnisse des „aktiven“ und „kritischen Konsumenten“ zu identifizieren und zu erfüllen (EICHLER et al., 2006; FRICKE, 2004). Immer häufiger verstehen sich Träger als miteinander konkurrierende „Anbieter einer gemeindepsychiatrischen Versorgung“ (Gesellschaften der Alexianerbrüder, 2002), die ihren „mündigen Kunden“ bestimmte Qualitätsstandards ihrer Produkte zusichern und um ihre Zufriedenheit besorgt sind (v. MALTZAHN, 2004). Die aktuelle Entwicklung, (psychischer) Gesundheit und therapeutischem Handeln einen Warencharakter zuzusprechen und einer marktlogischen Kundenorientierung anzupassen, ruft auch Widerspruch hervor. Die „radikale Umdeutung“ der Rollen von Patient und Professionellen schließt ein, den Patienten als eigenverantwortlich für seine Gesundheit ernst zu nehmen und ihn zugleich als „entscheidungsfähiges Subjekt“ und Leistungsempfänger in einer Notlage zu überfordern (KICK, 2006; DUTTWEILER, 2007). Ihre Bewertung der in Anspruch genommenen Leistungen regelmäßig zu erfragen, kann Patienten stärker in den Behandlungsprozess einbinden und den Behandlungserfolg fördern. Patienten und Angehörige artikulieren ihre Bedürfnisse als *Nutzer* von Dienstleistungen selbstbewusster und organisiert. Sie haben sich im Laufe der letzten Jahre zu einer einflussreichen Bewegung entwickelt (KÄMMERER-RÜTTEN, 1996; KUCHARSKI, 2002; LAUPICHLER & PEUKERT, 2006) – ihre Perspektive einzubeziehen gilt mittlerweile als „unerlässlich“ (RIEDEL-HELLER et al., 2008). Das in der Psychiatrie vorherrschende passive Menschenbild und defizitorientierte Krankheitskonzept werden wieder kritisch diskutiert (KLIMITZ, 2006). Ansätze von „Selbstmanagement“, „Empowerment“ oder „Shared Decision Making“ könnten in der somatischen Medizin und in der Psychiatrie einen „Paradigmenwechsel“ von der paternalistisch geprägten Arzt-Patient-Beziehung zu einer partnerschaftlichen Kooperation bzw. einer „stärker gleichberechtigten“ Beziehung zwischen Nutzern und Anbietern begründen (SCHEIBLER & PFAFF, 2003; HAMANN et al., 2006; KNUF, 2006; LANGE, 2006; LAUGHARNE & PRIEBE, 2006; REICHHART et al., 2008).

Vor dem Hintergrund knapper Ressourcen und zunehmender ökonomischer Einflüsse und Managementstrategien innerhalb des Gesundheitswesens stellt die *Versorgungsforschung* neben epidemiologischen Daten Informationen z.B. darüber bereit, welche Personen von der psychiatrischen Versorgung profitieren, ob der Versorgungsbedarf und unter welchen sozialen und gesundheitsrelevanten Rahmenbedingungen gesichert ist, welche Barrieren einer Inanspruchnahme von Leistungen im Wege stehen – „bedürfnisorientierte Angebotsstrukturen“ gelten dabei als vorrangiges Ziel (KRUMM & BECKER, 2006; RIEDEL-HELLER et al., 2008). Angesichts der gerade in der Psychiatrie erheblichen quantitativen und qualitativen Varianz der Angebote kann Versorgungsforschung Aussagen über Akzeptanz und Zugänglichkeit von Einrichtungen treffen und über Ziel-Mittel-Analysen „rationale Entscheidungshilfen“ begründen, ob die angestrebten Ziele mit umschriebenen Interventionen – z.B. Krisenintervention über gemeindeintegrierte Akutbehandlung anstelle stationärer Wiederaufnahme – zu erreichen sind. Die Zufriedenheit der Patienten und Angehörigen mit der jeweiligen Behandlung zu erfassen, erweist sich dabei als „hochrelevant“ (JACOB & BENGEL, 2000; RÖSSLER, 2006).

Der Druck, auch im Bereich der Psychiatrie über *gesundheitsökonomische* Analysen die Effektivität der Versorgung zu belegen, hat international zugenommen. Ziel von Kosten-Nutzen-Analysen z.B. ist es, den Nutzen von Versorgungsressourcen zu bestimmen, „through identifying the treatments and technologies that provide the maximum additional effects per additional unit of resource consumed“ (FENWICK & BYFORD, 2005); gerade bei neuen Therapieverfahren sollten sie, so KILIAN (2007), nicht nur künftige Kosteneinsparungen betrachten, sondern auch ihren Nutzen prüfen und ggf. eine „öffentliche Diskussion über den Wert medizinischer Innovationen“ anstoßen. Betroffene Patienten werden schon deren Ziele quantitativ und hinsichtlich der Zielhierarchie (z.B. weniger unerwünschte Nebenwirkungen, vermehrte Lebensqualität und niedrigere Kosten) anders beurteilen als Gesundheitswissenschaftler und Ärzte (KOSSOW, 2006). Das Quantifizieren von Belastungen und Maßnahmen bei verschiedenen Störungsbildern trage dazu bei, Zuweisungsentscheidungen sinnvoll zu treffen, rege Diskussionen über Präventions- und Behandlungsstrategien an und versachliche Kontroversen (KAVANAGH & KNAPP, 2002; STAMM et al., 2007; WELLS et al., 2007). Für die künftige psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung erwartet MÜLLER-SPAHN (2006), dass die Diskussion um eine „gerechte Mittelallokation“ wesentlich von der Frage nach dem Verhältnis von Kosten und Nutzen psychopharmakologischer und psychotherapeutischer Verfahren bestimmt werde. Hierbei wird die Zufriedenheit der Patienten mit ihrer Behandlung zunehmend als „wichtige Determinante“ für die Therapie-Compliance begriffen (MÜLLER, 2007). Unstrittig ist mittlerweile, dass auch die Gestaltung eines Versorgungssystems insgesamt

sich innerhalb eines Konzeptes von „evidenzbasierter psychiatrischer Versorgungspraxis“ auf die Ergebnisse wissenschaftlicher Studien stützen müsse (WEINMANN & GAEBEL, 2005). Für eine operationale Definition des psychiatrischen Versorgungsbedarfs fordern z.B. BAUNE & AROLT (2005) eine „Übereinkunft zwischen dem Konsumenten/Klienten und dem Anbieter in der Primärversorgung“ über Umsetzung und Inanspruchnahme angebotener Versorgungsleistungen. Eine Leistungsbewertung der Klinik durch die Patienten, die die Entscheidungsträger bei der Verwendung knapper Ressourcen unterstützen sollen, wird hierbei als entscheidend angesehen – wegen der „hochgradigen Subjektivität“ der Symptome erscheine, so KÖNIG (2004), die Messung von „Patientenpräferenzen“ bei psychischen Erkrankungen besonders erstrebenswert.

Im Rahmen einer auch von der Politik geforderten und sozialrechtlich geregelten (z.B. § 137 SGB V) *Qualitätssicherung* und *-verbesserung* werden in Deutschland und vielen anderen Ländern vielfältige Anstrengungen unternommen, Struktur und Leistungen psychiatrischer Institutionen bzw. mögliche Mängel einer Behandlung differenzierter zu beschreiben (MROZYNSKI, 2006). Hierbei geht es u.a. darum, die Versorgungsqualität in engem Zusammenhang mit der Wirtschaftlichkeit zu verbessern, den Behandlungserfolg zu erhöhen und die Nutzer bzw. Patienten in der Wahl der Anbieter zu unterstützen. Kundenorientierung, erfasst in Qualitätsmanagementkonzepten über höhere „Kundenzufriedenheit“, kann z.B. in der strukturierten Einführung einer Entlassungsvorbereitungsgruppe für schizophrene Patienten bestehen (ENGLERT & ENGLERT, 2007). Dominierte noch bis vor 10 Jahren in der Qualitätserfassung die für Verzerrungen anfällige, weil interessengeleitete Behandlerperspektive, stellen die Erfahrungen der Patienten mittlerweile eine „unverzichtbare Zielgröße“ (JANSSEN et al., 1998; LASALVIA & RUGGERI, 2007) dar. Die *Patientenzufriedenheit* ist als Qualitätsmaß der medizinischen Versorgung weithin anerkannt (JANSSEN et al., 2000; GESELL & WOLOSIN, 2004; PRESS, 2004; HÄRTER et al., 2004; EICHLER et al., 2006; GAEBEL, 2006). Auf ihrer Grundlage, hoffen z.B. VICENTE et al. (1993), können gesundheitspolitische Entscheidungen „realistischer“ getroffen werden.

In Weiterentwicklungen sozialpsychiatrischer Versorgung wie dem „personenzentrierten Ansatz“ (KUNZE & KRUCKENBERG, 1999; SCHMIDT-ZADEL & KUNZE, 2002, 2004), der mit alternativen Steuerungsverfahren einer Ökonomisierung und Marktlogik entgegenwirken will, sind Patienten und Bezugspersonen an der Planung von Behandlung und Rehabilitation „stark beteiligt“ (SCHRÖDER, 2002). Das Rahmenkonzept für die psychiatrische Versorgung in

Großbritannien führt die Einbeziehung von Nutzern und Angehörigen in die Versorgungsplanung und ihre Umsetzung in seinen Leitwerten und Kernprinzipien auf. Das vorherrschende paternalistische Versorgungsmodell wird als zunehmend unangemessen und unerwünscht angesehen: „In diesem Modell wurde dem Patienten eine passive Rolle zugewiesen, bei der er sich dankbar in die Abhängigkeit von Wissen und Expertise der Fachkräfte zu fügen hatte“ (McANDREW & SAMOCIUK, 2005, S. 187). Auch die Weltgesundheitsorganisation zählt die Berücksichtigung der Erfahrungen und des Wissens von Betroffenen und Angehörigen bei der Planung und Entwicklung von psychiatrischen Diensten zu den vorrangigen Aufgaben von Reform und Modernisierung in Europa (WHO, 2005).

Anders als in Deutschland finden sich Nutzer in Großbritannien, ausdrücklich vom Gesundheitsministerium gefördert, in zahlreiche Forschungsprojekte einbezogen. Drittmittelgeber wie z.B. das BMBF fordern jedoch auch hier zunehmend, Betroffene bereits an der Planung von Forschungsvorhaben zu beteiligen. In der Erstellung von Reviews durch das deutsche Cochrane-Zentrum werden sie bereits als Gutachter und Co-Autoren einbezogen (REICHART et al., 2008). Patienten stärker in den Forschungsprozeß zu integrieren, wird u.a. versorgungspraktisch begründet: deren Bedürfnissen und Sichtweisen aufzugreifen, werde zu besseren Behandlungsergebnissen führen und könne dazu genutzt werden, das Behandlungsniveau allgemein zu heben (Department of Health, 2000). In den letzten 31/2 Jahrzehnten ist in zahlreichen Studien untersucht worden, wie Patienten psychiatrische Einrichtungen und Versorgungsangebote bewerten. Sie fanden sich auf verschiedenen Ebenen – von der Entwicklung der Fragestellung, der Untersuchungsmethodik, der Datenerhebung bis zur Auswertung und Publikation – in den Forschungsprozess einbezogen (z.B. TERPORTEN et al., 1995; ROGERS et al., 1997; TRIVEDI & WYKES, 2002; McANDREW & SAMOCIUK, 2005).

Fragebogengestützte Patientenzufriedenheitserhebungen, zumeist mit eigens entwickelten Instrumenten durchgeführt, zählen mittlerweile zum Standard im Evaluationsrepertoire psychiatrischer und psychotherapeutischer Kliniken (HANNÖVER et al., 2000). Eine solche „Kundenbefragung“ soll als qualitätssichernde Maßnahme „Veränderungsnotwendigkeiten“ aufdecken, zugleich Konzept- und Teamentwicklungsprozesse anregen (KRÜGER & SCHMIDT-MICHEL, 2005). Zusätzliche Aktualität haben sie als Bestandteile standardisierter Qualitätsmanagementsysteme wie „European Foundation for Quality Management (EFQM)“ oder „Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen – KTQ“ erhalten, die z.B. für jeweils zwei Jahre differenziert die Qualität eines Krankenhauses bewerten und über ein Zertifikat bestätigen (BECK et al., 2004; HILGER, 2006). Im Rahmen der zunehmenden

„Kundenorientierung im Gesundheitswesen“ wird die Perspektive der Betroffenen immer wichtiger und viele Einrichtungen verwenden die Ergebnisse von Zufriedenheitsbefragungen z.B. auch „zur Legitimation gegenüber den Kostenträgern“ (JACOB & BENGEL, 2000).

1.1 Problemstellung

Ausgehend von ersten systematischen Arbeiten Anfang der 1960er Jahre, „boomte“ in den letzten 10-15 Jahren besonders im angelsächsischen Sprachraum die Literatur zur Patienten-zufriedenheit (SIEGRIST et al., 2002).

Wenngleich das Konstrukt *Patientenzufriedenheit* ein „intuitiv eingängiges und populäres Konzept wie auch plausibles Ziel medizinischer Behandlung“ (MÖLLER-LEIMKÜHLER & DUNKEL, 2003) darstellt, sind seine Definition, theoretische Fundierung und Validität als Qualitätsindikator einer Behandlung nicht unumstritten (vgl. 1.2.2). Auch finden sich bislang widersprüchliche Belege für einen Zusammenhang von Zufriedenheit und nachfolgendem Patientenverhalten – wie häufig Patienten z.B. eine Behandlung bzw. Einrichtung tatsächlich wieder aufsuchen (z.B. GARMAN et al., 2004) oder wie hoch Zufriedenheit mit der Compliance und Wirksamkeit einer Behandlung bzw. Unzufriedenheit mit Behandlungsabbruch korrelieren (HENDERSON et al., 1999). Sozialwissenschaftlichen Erkenntnissen zufolge ist Zufriedenheit „ein komplexer psychosozialer Regulations- und Adaptationsprozess“, der wesentlich durch subjektive Faktoren gesteuert wird (KRUMM & BECKER, 2006; RUGGERI, 1994). Als subjektive Erfahrung von Versorgung bildet sie „the patient’s personal response to, and evaluation of, care (as opposed to the hospital’s view of what is appropriate)“ ab und ist damit „the only available measure of the personal impact of the full spectrum of the care process“ (PRESS, 2004). Zufriedenheit gilt als relativer Begriff: als Ergebnis des Abgleichs von Erwartungen und (erfahrener) Realität eines Objektes bzw. als Ausdruck der wahrgenommenen (quantitativ beschreibbaren) Diskrepanz zwischen den individuellen Wünschen und dem real Erhaltenen (KINGMAN, 1993; JACOB & BENGEL, 2000). Patientenzufriedenheit ist, wie die nachfolgende Literaturübersicht ausführen wird, ein mehrdimensionales Konstrukt, das die Gestaltung der Behandlungsumgebung und die Art des Umgangs mit dem Patienten einschließt.

Trotz ihrer relativ großen Bedeutung in der Praxis des Qualitätsmanagements psychiatrischer Einrichtungen weisen die eingesetzten Instrumente und ihre Verwendbarkeit im Qualitätsmanagement erhebliche Einschränkungen auf. Unter methodologischen Gesichtspunkten bilanzieren JACOB & BENGEL (2000): „Insgesamt scheinen sowohl Erwartungen und Ziele als auch Bewertung und Zufriedenheit komplexe Konstrukte zu sein, die mit Fragebögen nicht ausreichend erfasst werden können“ (S. 293). Mit Rücksicht auf die kognitiven und emotionalen Beeinträchtigungen vieler psychiatrischer Patienten verbietet sich in der Regel der Einsatz

längerer und differenzierterer Instrumente, weshalb überwiegend eine allgemeine Zufriedenheit abgebildet wird. Sind Patienten generell mit der Behandlung zufrieden, beeinflusst sie das offenbar auch im Hinblick auf Einzelaspekte wie die Zufriedenheit mit der Verpflegung, mit der ärztlichen Behandlung oder der pflegerischen Betreuung (RICHTER & FLEER, 2004). In der Folge lässt sich kaum differenziert ableiten, was denn konkret zu tun ist, um Qualität und Zufriedenheit zu verbessern.

Dieser Hintergrund, die angewachsene Bedeutung qualitativer Forschung und der allgemeine Aufschwung qualitativer Instrumente in der medizinischen Forschung (ANGERMEYER & KILIAN, 1995; FLICK, 1995; GREEN & BRITTEN, 1998; MAYS & POPE, 2000; FOSSEY et al., 2002) begründen eine *qualitative* Auswertung des Patientenurteils in der vorliegenden Arbeit (vgl. 1.3 Fragestellung). Qualitative Verfahren sind nach BOHNSACK (2003) besser geeignet, den subjektiv gemeinten Sinn, der hinter einzelnen Aussagen steht, zu erfassen: Sie sind durch ihre Offenheit gegenüber dem Forschungsgegenstand ausgezeichnet und ermöglichen einen über das Vorverständnis des Forschenden hinausgehenden Erkenntnisgewinn. Eine inhaltsanalytische Auswertung *offener Fragen* z.B. kann Patienten andere (und weniger „sozial erwünschte“) Möglichkeiten eröffnen, ihre persönliche Meinung zu äußern und „dezidiert auch die Äußerung von Unzufriedenheiten sowie die Kommentierung ihres stationären Aufenthalts gestatten“ (MÖLLER-LEIMKÜHLER & DUNKEL, 2003).

1.2 Literaturübersicht

Neben Verweildauer, Psychopathologie bei Entlassung, sozialer Anpassung u.a. wird die Patientenzufriedenheit in neueren Studien als Qualitätsindikator oder als „Ergebnisvariable“ erfasst (JANSSEN et al. 2000; SHIPLEY et al., 2000; FREUDENMANN & SPITZER, 2001; MÖLLER-LEIMKÜHLER & DUNKEL, 2003; KELLER et al., 2004; WEINMANN & GAEBEL, 2005; JONES et al., 2006; RUGGERI et al., 2007). Diese Entwicklung trägt dem wiederholt bestätigten Befund Rechnung, dass Patienten und Behandler Qualität und Ergebnis psychiatrischer Versorgung nicht übereinstimmend beurteilen (z.B. SHIPLEY et al., 2000; HAHNEFELD & KALLERT, 2005). Patientenbewertungen können zudem die Wirksamkeit therapeutischer Maßnahmen und damit den Behandlungserfolg beeinflussen (JACOB & BENGEL, 2000; EICHLER et al., 2006).

1.2.1 Ergebnisse

In der globalen Bewertung der jeweiligen Einrichtungen und der Behandlung äußern sich Patienten überwiegend sehr zufrieden (RENTROP et al., 1999; HÄRTER et al., 2004), während Angehörige kritischer urteilen (VICENTE et al., 1993; SCHMID et al., 2005). Differenzierter werden einzelne Elemente der Behandlung bewertet: In der Einschätzung medikamentöser Behandlungen sind die Ergebnisse widersprüchlich; „negativer als die anderen Aspekte einer Behandlung werden in den vorliegenden Untersuchungen alle eingesetzten restriktiven Behandlungskomponenten, wie z.B. Isolierung und Fixierung, beurteilt“ (GRUYTERS & PRIEBE, 1994, S. 89). Stellvertretend für den Stand der umfangreichen Literatur werden im Folgenden exemplarisch die Ergebnisse einzelner Studien zusammengefasst.

Die acht globale Items umfassende, deutsche Bearbeitung des *Client Satisfaction Questionnaire* (SCHMIDT et al., 1989) – im deutschsprachigen Raum am besten überprüft – legten SPIESSL et al. (1996) in einer Stichtagserhebung 316 stationären psychiatrischen Patienten (darunter 46 % schizophren Erkrankten) vor. Knapp 80% der Befragten beurteilten die Behandlung überwiegend positiv. Frauen äußerten sich zufriedener als Männer, ältere Patienten zufriedener als jüngere, freiwillig Aufgenommene zufriedener als gerichtlich Untergebrachte. „Patienten mit affektiven Psychosen, Neurosen oder Persönlichkeitsstörungen äußern sich am häufigsten positiv über die Behandlung, Patienten mit schizophrenen Psychosen weniger häufig, Patienten mit Alkohol- oder Drogenabhängigkeit am wenigsten ($p \leq 0,01$)“ (SPIESSL et al. 1996, S. 4).

Die gleiche Arbeitsgruppe entwickelte auf der Grundlage einer inhaltsanalytischen Auswertung von Interviews einen Fragebogen, um die Vorstellungen von einer „idealen“ stationär

psychiatrischen Behandlung zu erfassen (SPIESSL et al. 1999). Hierzu sollten Patienten 39 Items auf einer 6-stufigen Skala von „sehr wichtig“ bis „ganz unwichtig“ einschätzen. In eine Rangreihe gebracht, standen „erfolgreiche Therapie“, „Wahrung der Menschenrechte“, „Privatsphäre“, „einfühlsame und kompetente Ärzte“, „freier Ausgang“ und „freundliche Mitarbeiter“ an der Spitze. Faktorenanalytisch ließen sich die vier Dimensionen therapeutische Beziehung und psychiatrische Therapie, Patientenautonomie und Stationsklima, Kompetenz des Personals sowie Privatsphäre und Wohnlichkeit der Station bestimmen.

Ähnliche Ergebnisse berichten SWOBODA et al. (2000) nach Auswertung von 323 anonymisierten Fragebögen, die am Entlassungstag ausgefüllt worden sind. Sie fanden eine hohe allgemeine Zufriedenheit mit der Behandlung, während für einzelne Therapieelemente wie pflegerische Betreuung, Psycho- oder Musiktherapie eine negative Bewertung (Note 4 und 5) von 1,3 bis 32% der Befragten abgegeben wurde. Als besonders störend wurden Konflikte mit Mitarbeitern, unangenehme Erfahrungen mit Mitpatienten, Kontrolle durch das Pflegepersonal, Verlust der Selbstbestimmung oder Beeinträchtigung von Nichtrauchern durch Raucher angeführt. Gespräche mit Ärzten, Psychotherapeuten und Pflegepersonal wurden als besonders hilfreich erwähnt und mehr Konstanz in der Arzt-Patient-Beziehung, Förderung des Stationsklimas durch gemeinsame Aktivitäten, mehr Intimsphäre durch kleinere Krankenzimmer, aber auch vermehrtes Eingehen auf Vorstellungen der Patienten angeregt.

Mit dem *Tübinger Fragebogen zur Behandlungszufriedenheit* entwickelten LÄNGLE et al. (2002) ein Instrument zur routinemäßigen Erfassung „aller Bewertungen von Aspekten eines Klinikaufenthaltes“ durch psychiatrische Patienten. Faktorenanalytisch konnten die 23 Items den drei Dimensionen „Atmosphäre“, „Qualität der Behandlung“ und „Autonomie“ zugeordnet werden. Die Zufriedenheit mit den einzelnen Bereichen der Behandlung lag auf einem ähnlich hohen Niveau. Patienten maßen den Bereichen „Beziehung zum Arzt/Psychologen“, „zum Pflegepersonal“ und „zu den Mitarbeitern des Sozialdienstes“ eine signifikant hohe Wichtigkeit ($p < 0,01$) zu; auch Einzelpsychotherapie und Diagnostik hatten eine überdurchschnittliche Bedeutung ($p < 0,05$), wogegen Gruppenpsychotherapie, Bewegungstherapie und wissenschaftliche Untersuchungen deutlich abfielen; die Überprüfung einzelner Items wies „Einhaltung der Schweigepflicht“, „Ausgangsregelung“ und „Einflussmöglichkeiten auf die Medikamente“ als besonders wichtig in der Patientenwahrnehmung aus (ebd. S. 85).

MÖLLER-LEIMKÜHLER & DUNKEL (2003) erfassten u.a. mit einem 72-Item-Fragebogen bei 91 psychiatrischen Patienten deren generelle Zufriedenheit und ihre Erfahrungen mit differenzierten Aspekten der Behandlung. Sie bestätigten eine extrem linksschiefe globale Bewertung (81% beurteilten die Behandlungsqualität als „gut und ausgezeichnet“) und die zentrale Bedeutung der kommunikativen Qualität der pflegerischen und ärztlichen Betreuung. Kompetenz und Präsenz des Pflegepersonals wurden überwiegend positiv erlebt. Kritischer wurde die ärztliche Betreuung eingeschätzt – „hier sind es vor allem Probleme mit der vom Arzt zur Verfügung gestellten Zeit in Visite und Einzelgespräch, Probleme mit der Verständlichkeit und dem Ausmaß an Informationen über die Erkrankung und Medikamente sowie die als unzureichend erlebte Einbeziehung des Patienten und der Angehörigen in Entscheidungsvorgänge“ (ebd. S. 43).

Mit einem selbstentwickelten Fragebogen suchten SIEGRIST et al. (2002) interpersonelle Aspekte der Versorgung (Qualität der Kommunikation, Empathie, partnerschaftlicher Umgang u.a.), Kompetenz der Therapeuten und Bewertungen der Aufnahmesituation und verschiedener Behandlungsangebote 1-2 Tage vor Entlassung zu erfragen. Als zentrale Aspekte der Zufriedenheit der 2538 Patienten – hoch korreliert mit der Bereitschaft, wieder zur Behandlung in diese Klinik zu kommen – erwiesen sich die Kompetenz behandelnder Ärzte und Psychologen, Aufnahme und Betreuung auf Station, Vertrauen in den Behandler, Aufklärung über die Erkrankung, Absprache der Behandlung und „gute medikamentöse Behandlung“; die Betreuung durch das Pflorgeteam stand hierbei an erster Stelle. Ein Vergleich der einzelnen Abteilungen (Allgemeinpsychiatrie, Psychotherapie, Sucht, Gerontopsychiatrie und Tagesklinik) zeigte in der Gesamtzufriedenheit kaum Abweichungen, während auf einzelne Aspekte bezogen z.B. die psychotherapeutischen Patienten die Kompetenz ihrer Therapeuten besonders hoch einschätzten und ihnen fast immer Vertrauen entgegenbrachten; gerontopsychiatrische Patienten wiesen einen höheren Anteil Zufriedener für die Unterstützung bei körperlichen Problemen und in der Beurteilung des Essens auf.

Über die „Fokusgruppe“, ein Gruppendiskussionsverfahren der Qualitativen Sozialforschung, befragten RICHTER & FLEER (2004) Patienten einer Klinik der Regelversorgung in einer 60-90-minütigen Sitzung zu ihrer Zufriedenheit mit zahlreichen Dimensionen der stationären Behandlung (u.a. Einbindung von Angehörigen, Ausgangsregelung, Tagesstruktur) und mit der Klinik im Allgemeinen bzw. der Bitte um Verbesserungsvorschläge. Neben hoch differenzierten, überwiegend positiven Bewertungen fanden sich zahlreiche Hinweise auf Verbesserungs-

möglichkeiten: sie reichten vom Verhalten einzelner Berufsgruppen (Erreichbarkeit und Ansprechbarkeit der Ärzte z.B.), dem Umgang mit Zwangsmaßnahmen (systematische Nachbesprechung) über die Akzeptanz bestimmter Behandlungsangebote bis hin zur räumlichen Ausstattung und Verpflegung (Organisation der Speisen- und Diätenversorgung).

GREENWOOD et al. (1999) untersuchten die Patientenzufriedenheit von 433 stationären Patienten kurz vor der Entlassung oder einen Monat nach Aufnahme, indem sie den Client Satisfaction Questionnaire (CSQ) und ein halbstrukturiertes Interview einsetzten. Fast $\frac{3}{4}$ (73%) der Patienten schätzten sich als „sehr zufrieden“ bis „ziemlich zufrieden“ und 15,5% als unzufrieden ein. Ein statistisch bedeutsamer Einfluss fand sich nicht für die nosologische Zuordnung, dagegen für Alter, Geschlecht und rechtlichen Status: jüngere, gegen ihren Willen aufgenommene Patientinnen äußerten sich unzufriedener mit ihrer Behandlung. Die inhaltsanalytische Auswertung der Interviews zu den Bereichen Aufnahme, Behandlung und Aufklärung, Verpflegung, Umgang der Mitarbeiter, Rückzugsmöglichkeiten, negative Vorkommnisse, Entlassungsplanung u.a. konnte Zusammenhänge nachweisen zwischen Hilfsbereitschaft und Aufklärung über die Behandlung, positiver Einstellung zum Aufenthalt, guter Verpflegung und Erfahrung von Geborgenheit mit Zufriedenheit: erwartungsgemäß berichteten unzufriedene Patienten signifikant mehr negative Erfahrungen wie manifeste oder angedrohte Fremdaggression, unfreundlichen und respektlosen Umgang von Mitarbeitern und erlebten sich tendenziell häufiger verbal sexuell durch Mitpatienten bedrängt; immerhin gaben auch 60% der Zufriedenen eines oder mehr solcher aversiven Erlebnisse an. Deshalb folgern die Autoren: „Although global satisfaction ratings were mostly positive, the answers to more specific questions frequently yielded less positive answers suggesting considerable variations in what patients meant by satisfaction. It is difficult to judge the relative contribution of different experiences in the same overall positive or negative evaluation“ (ebd. S. 162).

Die Erfahrung mit Zwangsmaßnahmen ist vergleichsweise selten systematisch untersucht und erbrachte, auch stichprobenabhängig, widersprüchliche Ergebnisse. In einer prospektiven Studie stationärer Patienten (SMOLKA et al., 1997) z.B. nahm die Ablehnung von Zwangsmaßnahmen im Verlauf des Aufenthaltes weiter zu. Die von Zwangsmaßnahmen Betroffenen bewerteten die Behandlung anfangs deutlich negativer als die Patienten der Kontrollgruppe; zum Ende des Aufenthaltes jedoch stieg die Zufriedenheit mit der Behandlung in der Untersuchungsgruppe deutlich ($p < 0,05$) und in der Kontrollgruppe tendenziell ($p < 0,09$), wobei die Untersuchungsgruppe die Behandlung anhaltend weniger positiv beurteilte. Auch äußerten sich Patienten, die

Zwangmaßnahmen unterworfen waren, erheblich unzufriedener mit den Ärzten als die Patienten der Kontrollgruppe ($p < 0,001$); bezogen auf das Pflegepersonal fand sich der Unterschied schwächer ausgeprägt. Dagegen fanden SWARTZ et al. (2004) in einer retrospektiven Befragung schizophrener Patienten einen engen Zusammenhang zwischen überwiegend positiv erlebter Fairness und Wirksamkeit der stationär oder ambulant erfahrenen Zwangsmaßnahmen. Eine günstige Bewertung erlebten Zwanges ging einher mit einem biopsychosozialen Krankheitsmodell, Krankheitseinsicht und einer geringeren Ausprägung von Symptomatik.

Mit einem selbst entwickelten Fragebogen untersuchten LÄNGLE & BAYER (2007) die Bewertung von Zwangseinweisungen bei 47 Patienten (knapp 80% schizophrene Erkrankte) nach durchschnittlich 29 Monaten. 63% erlebten die Unterbringung auch im zeitlichen Abstand als ungerechtfertigt und mehr als die Hälfte der Patienten bewerteten das Verfahren bzw. das Verhalten der Ärzte und Richter während des Verfahrens negativ. Die Wahrnehmung positiver und negativer Folgen auf den Gesundungsprozess hielt sich dagegen in etwa die Waage, während negative soziale Folgen (Verlust von Unabhängigkeit, Sorgerecht, soziale Kontakte) bzw. den Verlust der Arbeitsfähigkeit oder des Arbeitsplatzes 15 bzw. 11% der Patienten erwarteten. Bemerkenswert war, dass 53% der ehemals Untergebrachten zumindest in der Remissionsphase planten, bei einem Rezidiv freiwillig in die Klinik zu kommen. Als Schlussfolgerung wird „eine empathische Haltung gegenüber den Gefühlen des Patienten und den Umständen, die zur Zwangsbehandlung führen“ sowie ein gezieltes Aufarbeiten mit Diskussion ihrer Vermeidbarkeit in jedem Einzelfall in der ambulanten Weiterbehandlung gefordert; eine angemessene Information über Status und Rechte der Patienten könnte überdies deren „Vertrauen ins Behandlungssystem“ erhöhen.

Therapieelemente mit zwischenmenschlichen Kontakten finden sich immer wieder als besonders hilfreich eingeschätzt (z.B. KALLERT, 1991). In einer Abteilung der Regelversorgung bewerteten Patienten ihre Kontakte mit dem Pflegepersonal (Rang 2) und die ärztlichen Einzelgespräche (Rang 3) als deutlich hilfreicher als die Pharmakotherapie (Rang 19 von 29), die ähnlich wie die Ergo- und Psychotherapie eingeschätzt wurde (FÄHNDRICH & SMOLKA, 1998). Abhängig von der eingesetzten Methodik – qualitativ oder quantitativ – thematisierten in qualitativ ausgewerteten Interviews nur etwa 5 % der allgemeinpsychiatrischen Patienten den Aspekt wirksamer Medikamente, während nicht-medikamentöse Behandlungsmaßnahmen wie Arbeits- und Beschäftigungstherapie, Sport- und Freizeitaktivitäten (42 %) und spezielle Psychotherapieverfahren (26 %) wesentlich häufiger angeführt wurden (SPIESSL, 2002). In der Fragebogenerhebung jedoch nahm das Item „wirksame Medikamente“ Rang 20 (von 39) ein,

wurde von knapp 80 % der Patienten als sehr wichtig oder wichtig beurteilt und war damit in der Patientensicht wichtiger als psycho- oder soziotherapeutische Verfahren.

Ein weiteres Beispiel für die Bewertung einzelner Therapieelemente ist die Sichtung klinischer und nutzergeleiteter oder in Zusammenarbeit mit ihnen durchgeführter Studien zur Elektrokrampftherapie (EKT) durch ROSE et al. (2005). Etwa die Hälfte der Patienten gab an, über das Verfahren unzureichend informiert worden zu sein und ein Drittel fühlte sich zu seiner Anwendung gezwungen. Die klinischen Studien belegten einen größeren Nutzen des Verfahrens als die patientengeleiteten und die Kollaborationsstudien; letztere bewerteten auch die Qualität der vorangegangenen Aufklärung über Nebenwirkungen wie v.a. mnestiche Einbußen kritischer. VIRIT et al. (2007) bestätigten diese Befunde für bipolar Erkrankte und ihre Angehörigen. Anhand eines selbstkonstruierten Fragebogens wurden die Informiertheit über das Therapieverfahren, Gefühle und Einstellungen gegenüber der EKT sowie Wirkung und Nebenwirkungen erhoben. 33% der Patienten und 51% der Angehörigen bemängelten die unzureichende Information, äußerten zu 36% bzw. 56% Angst vor Anwendung der EKT, hatten aber mehrheitlich eine positive Einstellung. Mit dem Ergebnis der Behandlung waren die Angehörigen tendenziell zufriedener als die Patienten. „A majority of participants considered ECT as beneficial and safe, and they might have received ECT again if essential. A few of them reported that ECT was dangerous and should be outlawed, and that it was used to punish the patients” (ebd. S. 258).

Versorgungsformen für chronisch psychisch Kranke wie das „Case Management“ (CM) werden einem Cochrane Review zufolge, der 10 kontrollierte Studien einschloss, von Patienten und Angehörigen positiver als eine Standardbehandlung beurteilt (MARSHALL et al., 1998). Obgleich sich kein Unterschied in der Psychopathologie, im sozialen Funktionsniveau, in den Suizidraten oder in der Lebensqualität nachweisen ließ, äußerten sich die Betroffenen über ihre Erfahrungen mit aufsuchenden Krisendiensten zufriedener als mit einer Standardversorgung; ähnliches gilt für die multiprofessionellen Teams der aufsuchenden gemeindepsychiatrischen Behandlung (ACT) in Großbritannien (WEINMANN & GAEBEL, 2005).

HENDERSON et al. (1999) konnten dies für langjährig an einer schizophrenen oder affektiven Psychose Erkrankte (durchschnittlich ≥ 16 Jahre) mit Hilfe der 82 Items umfassenden *Verona Service Satisfaction Scale (VSSS)* belegen. Verglichen mit traditioneller Krankenhausbehandlung beschrieben sich die gemeindepsychiatrisch-aufsuchend versorgten Patienten auf allen 7

Zufriedenheitsdimensionen zufriedener: „The greatest differences were in levels of satisfaction with information and relatives involvement with care. Global satisfaction scores were higher than the specific dimensions scores for both groups“ (ebd. S. 192).

Eine 54-Items-Version des gleichen Fragebogens (VSSS) – darunter zwei halboffene Fragen („Was mir am meisten gefallen hat, ist ...“ und „Was mir am meisten missfallen hat, ist ...“) – verwendeten RUGGERI et al. (2007) in der Routineerfassung der Patientenzufriedenheit mit der gemeindepsychiatrischen Versorgung in Verona. Das Behandlungsangebot umfasste ein breites Spektrum voll- und teilstationärer, (aufsuchend) ambulanter und komplementärer Leistungen für chronisch Kranke. Von besonderem Interesse war, die Stabilität der Zufriedenheit über mehrere Jahre zu verfolgen. Eine globale Zufriedenheit und die Zufriedenheit mit Kompetenz und Umgang der Mitarbeiter (v.a. behandelnden Arzt oder Psychologe) fand sich anhaltend am ausgeprägtesten, während die Hälfte der Befragten sich mit der Ausstattung der Einrichtungen und den zu entrichtenden Kosten unzufrieden zeigte, zu einem guten Drittel auch die Einbeziehung der Angehörigen und die Aufklärung über Diagnose, Behandlung und Verlauf bemängelten; im Zentrum von Kritik standen Wartezeiten, Personalwechsel und die Beziehung zu Schwestern und Sekretariatsmitarbeitern. Hinsichtlich der Vielzahl untersuchter Einflüsse auf die insgesamt hohe Zufriedenheit mit dem Versorgungsangebot (wie soziodemografische, klinische und interventionsspezifische Variablen) bilanzieren die Autoren: „... the main variable found to exert a significant effect in predicting service satisfaction is the length of the interaction with the service“ – je länger die Behandlung dauerte, desto unzufriedener äußerten sich die Patienten!

GUTKNECHT (2005) erhob die Bewertungen wichtiger Behandlungsaspekte bei 48 Patienten einer allgemeinspsychiatrischen Tagesklinik mit dem Stationserfahrungsbogen (SEB), der 38 Aussagen sieben faktorenanalytisch gewonnenen Skalen zuordnet. Besonders positiv wurden die einzeltherapeutische Beziehung und die Beziehung zum therapeutischen Team, weniger positiv die Intensität der Therapie und das emotionale Klima zwischen den Patienten bewertet. Insgesamt bestätigten die Ergebnisse für die Bereiche Beziehungs- und Settingqualität sowie Veränderungswirksamkeit den Nutzen tagesklinischer Therapie. In einer postalischen Befragung von 41 Patienten mit affektiven und 35 Patienten mit schizophrenen Störungen einer universitären Tagesklinik fanden sich diagnosenspezifische Bewertungen der Behandlung aus Patienten- und Therapeutesicht (HAHNEFELD & KALLERT, 2005). Bewerteten affektiv Erkrankte und Therapeuten den Stellenwert wesentlicher Therapieelemente sehr unterschiedlich, zeigte sich bei schizophrenen Störungen dagegen eine „prinzipiell höhere Übereinstimmung

zwischen Patienten und ihren Therapeuten“, wobei schizophrene Patienten unter den verschiedenen Therapieelementen den einzeltherapeutischen Aktivitäten einen deutlich höheren Stellenwert zuerkannten.

Im Rahmen einer randomisierten kontrollierten Studie von EICHLER et al. (2006) wurden die offenen Fragen des *Klientenbogens zur Behandlungsbewertung* (*KliBb*, PRIEBE & GRUYTERS 1995) von 63 tagesklinischen und 65 vollstationären Patienten nach der ersten Behandlungswoche ähnlich wie zum Entlassungszeitpunkt beantwortet. Als wirksam und hilfreich schätzten über 2/3 der Patienten beider Gruppen die Behandlung ein, während die teilstationär Behandelten signifikant häufiger als die vollstationär Behandelten den Behandlungsrahmen bevorzugten würden, dem sie per Zufall zugewiesen worden waren. Unterschiede zwischen den Behandlungssettings zeigten sich in erster Linie hinsichtlich der Veränderungswünsche: So kritisierten die stationären Patienten vorwiegend Strukturbedingungen wie sanitäre Einrichtungen, Essen und (Bau-)Lärm und beanstandeten mangelnde Bewegungs- und Freizeitangebote; die tagesklinischen Patienten bemängelten dagegen zu viele Leerzeiten und Pausen im Tagesablauf als unangenehm und belastend und kritisierten auch Aspekte der Behandlung wie z.B. Gruppensitzungen oder Arztwechsel.

Faktoren- und Clusteranalysen der Erwartungen *Angehöriger* an die psychiatrische Klinik – erhoben über einen per Post zugesandten, selbst konstruierten, 41-Items umfassenden Fragebogen – zeigten in einer Regensburger Nutzerbefragung, dass auch die Zufriedenheit von Angehörigen ein mehrdimensionales Konstrukt aus Aspekten der Angehörigenarbeit und Aspekten der Klinikbehandlung umfasst. Hiernach trugen weniger patientenbezogene als vielmehr angehörigenbezogene Erfahrungen zur (Un)Zufriedenheit bei: „Unterstützung der Angehörigen im offenen Umgang mit der Erkrankung, Unterstützung der Angehörigen im Umgang mit dem Patienten, individuelles Eingehen auf Probleme der Angehörigen sowie viel Zeit der Ärzte für Gespräche mit den Angehörigen. Erhebliche Diskrepanzen zwischen Erwartungen und Zufriedenheit bestehen in Bezug auf Information der Angehörigen über Therapie und Verlauf, offene und verständliche Aufklärung der Angehörigen über die Erkrankung, Unterstützung der Angehörigen im Umgang mit dem Patienten sowie Information der Angehörigen über Wiedereingliederungsmöglichkeiten“ (SPIESSL et al., 2005, S. 97). Anders als in der Regel äußerten die befragten 139 Angehörigen insgesamt eine nur mittlere Zufriedenheit.

Den Erwartungen an eine hausärztliche Schizophreniebehandlung gingen ROGAUSCH et al. (2008) in einer qualitativen Untersuchung von 20 schizophrenen Patienten über ein halbstrukturiertes Interview von 45-50 Minuten nach. Neben seiner besonderen Bedeutung bei Erkrankungsbeginn bzw. in der Eingrenzung erster Befindensveränderungen wurde der Hausarzt primär als vertrauenswürdiger somatischer Arzt wahrgenommen, der bei Bedarf die fachärztliche Weiterleitung verantwortet. Als besonders positiv führten einige Patienten an, mit dem Hausarzt einen entspannteren, „alltäglichen“ Umgang pflegen zu können, was Scham und Selbststigmatisierung verminderte. In der Folge könne er ein „niederschwelliges medizinisches Angebot“ aufrechterhalten, bestand die therapeutische Beziehung häufig doch schon vor Beginn der psychischen Erkrankung.

In einer naturalistischen Studie der Lebensqualität und Zufriedenheit mit dem Betreuten Wohnen gingen KAISER et al. (1998) in einem randomisierten Kontrollgruppendesign ($n = 26 \times 2$) der Frage nach, ob Vertrautheit oder Nichtvertrautheit mit dem Untersucher von Einfluss auf die Interviewergebnisse sei. Die Erhebung wurde mittels des Berliner *Lebensqualitätsprofils* (BELP) – 8 von neun Items erfassen die Zufriedenheit mit Lebensbereichen wie Freizeit, Arbeit, Finanzen etc. – und über 3 Fragen des *Klientenbogens zur Behandlungszufriedenheit* (KliBB) durchgeführt; hierbei antworteten die mehrheitlich schizophrenen Patienten auf visuellen Analogskalen (0 = gar nicht bis 10 = völlig). Es fanden sich sowohl im Globalwert wie in zwei Aspekte der Betreuung signifikante Unterschiede für die beiden Interviewbedingungen: in den Interviews mit ihren zuständigen Betreuern äußerten sie deutlich stärker die Meinung, „richtig betreut“ und „geachtet und respektiert“ zu werden sowie die Betreuung als „hilfreich“ einzuschätzen. Hinsichtlich der Lebensqualität fielen wieder dem persönlich vertrauten Untersucher gegenüber die Zufriedenheitsurteile z.B. über das Zusammenleben mit den anderen Patienten und dem Vorhandensein einer Privatsphäre positiver aus. Die Autoren diskutieren „Akquieszenz“ und soziale Erwünschtheit als Wirkmechanismen für eine Erhöhung von Zufriedenheitsäußerungen, wenn die Fragen vom zuständige Betreuer gestellt werden und folgern: „Die Objektivität der Datenerhebung bei subjektiven Evaluationskriterien scheint bei einer Erhebung durch neutrale Interviewer vergleichsweise am wenigsten gestört“ (ebd. S. 148).

TANZMAN (1993) fasst die Ergebnisse von 43 vor allem nordamerikanischen Studien zu Nutzerpräferenzen ($N = 4438$) im Bereich Wohnen zusammen, deren Daten teilweise von den Betroffenen selbst erhoben wurden. Im eigenen Haus bzw. Wohnung selbständig zu wohnen, zogen die meisten psychiatrischen Patienten als Wohnform vor; an zweiter Stelle (4 – 19% der

jeweiligen Stichproben) folgte das Leben mit der Familie – „the least preferred housing options across all studies were hospitals and being homeless“ (S. 453). Als häufigste Erwartung an die Professionellen (64 – 96%) wurde genannt, jederzeit über 24 Stunden eine Mitarbeiterin erreichen zu können und bei der Bewältigung emotionaler Krisen Unterstützung zu erhalten: „The preference for being able to reach staff by phone indicates that consumers want to determine when they need support. This underscores the importance of autonomy and control to respondents“ (S. 453).

Eine nutzergeleitete Studie richtete sich auf die Erfahrungen von Bewohnern (n = 26) verschiedener Wohnprojekte, die vier Jahre zuvor aus einer psychiatrischen Klinik Londons entlassen worden waren (McCOURT, 2000). In den qualitativ ausgewerteten Interviews zeigten sich die Befragten weitgehend zufrieden mit ihrer aktuellen Wohnform (bezogen z.B. auf Ausstattung und Abschließbarkeit der Räume, Qualität der Ernährung): „Views varied from project to project, however, with the most satisfaction expressed by those living in individual flats which had good levels of staff support and in residential homes where residents felt there were good outside contacts facilitated by the workers“ (S. 196). Als verbesserungswürdig stellten sich hingegen in mehreren Projekten der Aufbau von Sozialkontakten und die Nutzung lokaler Freizeitangebote wegen v.a. Geldmangels und als unzureichend erlebter Unterstützung durch die Mitarbeiter heraus.

1.2.2 Methodische und konzeptuelle Probleme

Eine Interpretation der dargestellten Ergebnisse hat sich mit einer Reihe von methodischen Problemen bzw. potentiellen Fehlerquellen auseinander zu setzen, die v.a. die externe Validität einschränken können.

Forschungsmethodik

Zwischen den Studien variiert die Methodik erheblich: Zum Einsatz kamen vorwiegend quantitative Verfahren (multiple-choice, paired choice und Ratingkalen, v.a. schriftlich, auch telefonisch erhoben), aber auch qualitative Methoden (offene Fragen, Interviews, Briefanalysen, Verhaltensbeobachtungen) – eingeführte, standardisierte Untersuchungsmethoden sind jedoch die Ausnahme (JACOB & BENGEL, 2000). Die bisher vorliegenden Erhebungsinstrumente werden zumeist kritisch bewertet (z.B. HENDERSON et al., 1999; RENTROP et al., 1999): in der Regel ohne Einbeziehung der Betroffenen entwickelt, erfassen sie vornehmlich die Zufriedenheit mit der ärztlich-psychiatrischen Behandlung, ohne andere Behandlungsbereiche angemessen zu berücksichtigen (LÄNGLE et al., 2002). Auch in Studien zu den Erwartungen

und Belastungen Angehöriger werden fast ausschließlich quantitative Verfahren verwendet (SPIESSL et al., 2003; SCHÜTZWOHL et al., 2005).

In halbstrukturierten oder offenen Interviews hingegen äußern Patienten oft Kritik, die sich in Fragebögen nicht wiederfindet (WILLIAMS et al., 1998; GREENWOOD et al., 1999). Eine weitere Erhebungsalternative aus der Qualitativen Sozialforschung stellt die o.g. Fokusgruppe dar, die sich auch in der Entwicklung von Fragebögen als fruchtbar erwiesen hat: „Qualitative methods of interviewing, such as focus groups, are useful for in-depth examination of issues with user representatives as an adjunct to comprehensive surveys“ (BROWN & LLOYD, 2001, S. 352).

Dimensionalität

Für die Definition von Patientenzufriedenheit wurden verschiedene Komponenten oder Dimensionen herangezogen und überprüft, in welchem Zusammenhang die Zufriedenheit mit verschiedenen Einzelaspekten der Versorgung zur Gesamtzufriedenheit stehen: „Die Ergebnisse sind uneinheitlich und sprechen insgesamt nicht dafür, dass Patienten in ihre Gesamtbeurteilung verschiedene Aspekte mit unterschiedlicher Gewichtung einfließen lassen“ (JACOB & BENGEL, 2000, S. 283). GARMAN et al. (2004) beschreiben als empirisch gewonnene Zufriedenheitsindikatoren einen Globalfaktor, die Zufriedenheit mit Aufnahme und Entlassung, mit der Verpflegung, den Ärzten und Schwestern, dem Stationsklima sowie mit technischen und anderen Diensten. Im Vergleich verschiedener Behandlungssettings wie z.B. Allgemeinarzt, Krankenhaus und Zahnarzt bestätigten WILLIAMS & CALNAN (1991) die Qualität der Arzt-Patient-Beziehung und das medizinische Können als die wichtigsten Dimensionen aus der Sicht der Patienten (vgl. ERZBERGER et al., 1989). MÖLLER-LEIMKÜHLER & DUNKEL (2003) konnten faktorenanalytisch die Dimensionen Arzt-Patient-Beziehung, Stationsklima und Verhaltensmerkmale des Pflegepersonals abgrenzen, wobei Merkmale der Arzt-Patient-Beziehung 38% der Gesamtvarianz erklärten. Ausgehend von der Patientensicht idealer psychiatrischer Versorgungsbedingungen konstruierten ELBECK & FECTEAU (1990) einen Fragebogen, dessen Faktorenstruktur zwei Hauptdimensionen aufwies: Verhaltensautonomie (Selbststeuerung von Alltagsaktivitäten) und Qualität der Beziehung zum (v.a. ärztlichen) Personal. Ebenfalls von den Nutzern ausgehend entwickelten SPIESSL et al. (1999) einen 39-Items-Fragebogen, der wesentlich vier Dimensionen – therapeutische Beziehung und stationäre Therapie, Stationsklima, fachliche Kompetenz des Personals, Privatsphäre – umfasste.

Psychometrische Analysen der in der Literatur bekannten, wiederholt eingesetzten Instrumente weisen jedoch überwiegend einen eindimensionalen Zufriedenheitsfaktor auf. Globale Maße bilden in der Regel eine höhere Zufriedenheit ab als Fragebögen, die einzelne Aspekte der Versorgung thematisieren, und Ad-hoc-Fragebögen erzielen signifikant höhere Werte als testtheoretisch fundierte Instrumente (JACOB & BENGEL, 2000).

Validität und Soziale Erwünschtheit

Die Validität von Zufriedenheitsmessungen bei Patienten ist gerade vor dem Hintergrund ihrer spezifischen „Konsumbedingungen“ in Frage gestellt worden (z.B. WILLIAMS & WILKINSON, 1995; HANNÖVER et al., 2000; GUTKNECHT, 2005). Per definitionem ist der „Kunde“ psychiatrischer Patient nur begrenzt souverän in der Wahl seiner Behandlung, schwach und durch die Erkrankung bedürftig. Als Einzelner steht er einer mächtigen, patriarchalischen Institution gegenüber, erwartet von Ärzten und Therapeuten Hilfe, die ihm an Wissen und sozialem Status überlegen sind. Diese Asymmetrie wird sozial erwünschte Antworten begünstigen: Der Patient wird eine Kritik an seiner Versorgung „nicht als angebracht empfinden und deshalb unabhängig von der Qualität der erhaltenen Behandlung stets hohe Zufriedenheit berichten“ (JACOB & BENGEL, 2000, S. 296). Die meisten Patienten werden, „solange während ihres Krankenhausaufenthaltes nicht extrem Negatives geschieht“, hohe Zufriedenheit bekunden (SIEGRIST et al., 2002). In der Diskussion der Prozesse, die für eine positive Einschätzung verantwortlich sein mögen, unterscheiden WILLIAMS et al. (1998) zwischen Zufriedenheitsurteil und „Bewertung“ – dessen, der z.B. für die Erbringung einer Leistung als persönlich verantwortlich gesehen wird. Darüber hinaus fehlen anerkannte Kriterien, wie hoch die Zufriedenheitsrate oder ein Mittelwert hinsichtlich bestimmter Eigenschaften der Behandlung eigentlich sein sollten (RICHTER & FLEER, 2004).

„Given the highly subjective nature of patient perception of, response to, and recollection of the experience of care, patients' evaluations of care must be interpreted in light of what they are – subjective evaluations (ie, satisfaction), not accurate reports of care processes“ (PRESS, 2004, S. 208). Diese persönliche Erfahrung von Versorgung kann Compliance, Vertrauen und andere Reaktionen mindestens einer laufenden Behandlung gegenüber beeinflussen.

Erhebungszeitpunkt

Die meisten Studien erheben die Patientenmeinung im (weniger aufwendigen) Querschnitt, ohne den Erhebungszeitpunkt – ob am Anfang, Ende oder nach Abschluss der Behandlung – und damit individuelle Veränderungen über die Zeit angemessen einzubeziehen. In der Folge sind

Fragen nach möglichen situativen Einflüssen auf die Bewertung zurzeit nicht bzw. nicht eindeutig zu beantworten (GRUYTERS & PRIEBE, 1994; LÄNGLE et al., 2002). Empirische Befunde begründen die Annahme, dass eine Behandlung zu deren Ende zunehmend positiv bewertet wird (KALLERT, 1991). Ähnlich argumentiert PRESS (2004), dass zuverlässige Daten erst nach Entlassung gewonnen werden können: „Moreover, for accurate, useful satisfaction data, patients must be contacted no more than a week or two after their hospital experience. Otherwise, recollections may be vague and misleading“ (S. 208).

Weitere Einflussfaktoren

Hierbei sind Behandlungsmerkmale (Art der Behandlung, Rahmenbedingungen, Dauer, vorangegangene stationäre Aufenthalte), Patientenvariablen (Art der Erkrankung, soziodemographische Merkmale) und die Güte der therapeutischen Beziehung zu berücksichtigen.

Die Untersuchung des Zusammenhanges solcher Einflüsse mit der Zufriedenheit der Patienten erbrachte widersprüchliche Ergebnisse oder belegte eher schwache Zusammenhänge. So scheinen z.B. ältere, weibliche und solche mit höherem Bildungsniveau zufriedener mit ihrer psychiatrischen Behandlung zu sein. Die nosologische Zuordnung erlaubt keinen eindeutigen Schluss, da z.B. nur in der globalen Zufriedenheit (anders als bei einzelnen Therapiebestandteilen) Suchtpatienten ein negativeres Urteil abgeben und depressiv Erkrankte sich zufriedener äußern (z.B. SWOBODA et al., 2000). Welche Faktoren die Bewertung in positiver oder negativer Richtung beeinflussen, ist noch immer nicht zuverlässig zu beantworten (RENTROP et al., 1999; LÄNGLE et al., 2002; HÄRTER et al., 2004; RUGGERI et al., 2007). Positive und zu katamnesticen Zeitpunkten stabile Zusammenhänge scheinen zwischen Patientenzufriedenheit und der selbst- wie fremdeingeschätzten Qualität der therapeutischen Beziehung zu bestehen. Eine höhere Unzufriedenheit geht mit einer negativen Bewertung verschiedener Aspekte der Arbeitsbeziehung einher: „Zweifel, vom Therapeuten verstanden zu werden, oder an seiner Verlässlichkeit sind ebenso mit einer starken Erhöhung der Unzufriedenheitsquote verbunden wie Zweifel, inwieweit die gleichen Ziele verfolgt und gemeinsam an ihnen gearbeitet wird“ (HANNÖVER et al., 2000, S. 299). Relativ gut gesichert ist auch der Zusammenhang zwischen Patientenzufriedenheit und Kontinuität der Versorgung: ein Arztwechsel im Laufe einer Behandlung geht mit niedrigerer Zufriedenheit einher, wie auch umgekehrt unzufriedene Patienten mit höherer Wahrscheinlichkeit als zufriedene den (niedergelassenen) Arzt wechseln (JACOB & BENGEL, 2000).

Die Stichprobenselektion (z.B. hohe Teilnahmeverweigerungsraten und niedrige Belastbarkeit) wirft methodische Probleme auf. Ein Viertel der Patienten eines psychiatrischen Fachkrankenhauses sei, so SPIESSL et al. (1996), schon krankheitsbedingt zur Teilnahme nicht in der Lage – nehmen an solchen Befragungen also wesentlich die Patienten teil, die ohnehin compliant und zur Behandlung positiv eingestellt sind? Die Befundlage ist widersprüchlich (RUGGERI, 1994). HANNÖVER et al. (2000) z.B. bestätigten in Nachuntersuchungen stationärer Psychotherapie-Patienten, dass für unzufriedene Patienten die Teilnahmequoten niedriger waren. Wegen der unzureichenden Repräsentativität des Konsumentenspektrums sollten Schlussfolgerungen aus Studien zur Zufriedenheit mit besonderer Zurückhaltung gezogen werden.

Im Rahmen von Evidenzbasierung auch für die Versorgungsforschung geforderten randomisierten kontrollierte Studien (z.B. GRUYTERS & PRIEBE, 1994) stehen zum einen ausgeprägte Patientenpräferenzen im Wege. Zum anderen können solche Studien wegen der in der Regel komplexen Interventionen für Patienten und Behandler nicht wirklich „blind“ sein, was einer Überschätzung der Effektgrößen den Boden bereite (WEINMANN & GAEBEL, 2005). „Randomised controlled trials involve a range of potential confounding factors such as patient perceptions, experiences and preferences, and the views of carers and how these interact with the patient’s views and social stigma“ (HOWARD & THORNICROFT, 2006, S. 303). Allerdings erwies sich die Stichprobengröße solcher (seltenen) Studien häufig als zu klein, entsprechende Interaktionseffekte zu prüfen.

Resümee

Die dargestellten methodischen Vorbehalte mahnen zur Vorsicht bei der Interpretation und Übertragbarkeit der referierten Untersuchungsergebnisse. Die in der Regel sehr positiven Bewertungen von Versorgungsleistungen durch Patienten hängen offenbar mit grundsätzlichen konzeptuellen Schwächen des Konstrukts Patientenzufriedenheit und seiner vornehmlich quantitativen Erfassung über jeweils eigens entwickelte Fragebögen zusammen. Deren Entwicklung wird gerade mit dem Interesse an einer angebotsspezifischen Rückmeldung der befragten „Kunden“ begründet (z.B. KRÜGER & SCHMIDT-MICHEL, 2005). Randomisierte kontrollierte Studien durchzuführen, stößt u.a. angesichts der Heterogenität gemeindepsychiatrischer Versorgungsangebote, ihrer komplexen Interventionen und Interaktionen auf Widerspruch (KALLERT, 2005; HOWARD & THORNICROFT, 2006).

Im Sinne der Patientenorientierung gibt es dennoch keine Alternative, sich mit der Patientenperspektive zu beschäftigen – „wegen der damit verbundenen Wertschätzung und der für eine effektive und effiziente Therapie bestehenden Notwendigkeit der Etablierung einer guten Passung zwischen Behandler- und Patientenkonzepten“ (GUTKNECHT, 2005).

1.3 Ziel der Untersuchung

Seit mehreren Jahren werden die Patienten der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Vivantes Klinikum Neukölln zu ihrer Zufriedenheit mit der Behandlung befragt. Die Ergebnisse dieser Erhebungen u.a. zu Aspekten wie Zwangsmaßnahmen oder Zigarettenrauchen finden sich in verschiedenen Publikationen zusammengefasst (FÄHNDRICH & SMOLKA, 1998; FÄHNDRICH & PIETERS, 2001; FÄHNDRICH & KIESER, 2003; SMOLKA et al., 1997).

Für eine Erhebung zum *Zigarettenrauchen als Problem des Zusammenlebens auf psychiatrischen Stationen* (FÄHNDRICH & KIESER, 2003) wurde den Patienten zum Ende ihres stationären Aufenthaltes ein selbst entwickelter Fragebogen mit 10 Items vorgelegt. Von Interesse war hierbei, ob sich im Zusammenleben auf der Station die Raucher und Nichtraucher in ihren jeweiligen Bedürfnissen angemessen berücksichtigt fühlen, ob ein Teil der Raucher gerne mit dem Rauchen aufhören und dafür ein gesondertes Therapieangebot erwarten würde.

Abschließend wurden sie gebeten, zu der offenen Frage Stellung zu nehmen, was ihnen gefallen, was sie gestört bzw. geärgert habe. Die Auswertung dieser Antworten steht im Mittelpunkt der vorliegenden Untersuchung.

Ziel der Untersuchung ist es, anhand der Auswertung der frei formulierten Antworten auf die offene Frage zu beschreiben, wie allgemeinpsychiatrische Patienten den Umgang mit ihnen und die stationäre Behandlung beurteilen. Es wird der Frage nachgegangen, ob sich Schwerpunkte der Zufriedenheit, typische Mängel der Behandlung, offene Wünsche oder Verbesserungsvorschläge eingrenzen lassen.

2 Methodik

Wie unter 1.2 ausgeführt, wird die Patientenzufriedenheit in der Regel quantitativ über Fragebögen als eindimensionales Konstrukt erfasst, was bestimmte methodische und inhaltliche Einschränkungen zur Folge hat. Ein qualitativer Zugang erscheint v.a. dann aufschlussreich, wenn mögliche Schwerpunkte von Kritik im Patientenurteil bzw. spezifische Hinweise auf Verbesserungsvorschläge interessieren. Ein veränderungsorientierter, d.h. auf die Wünsche der Patienten eingehender Fragestil zeigt sich in der Differenziertheit der Patientenurteile einem statusorientierten deutlich überlegen (LÄNGLE et al., 2002). Wie auch MÖLLER-LEIMKÜHLER & DUNKEL (2003) in ihrer Auseinandersetzung mit dem Konstrukt „Patientenzufriedenheit“ hervorheben, sollen gerade offene Fragen die Äußerung von Unzufriedenheit fördern. Für die Auswertung eines „freien Textes“ – die abschließende offene Frage der Erhebung zum Zigarettenrauchen – bietet sich somit ein qualitatives Vorgehen an.

2.1 Qualitative Inhaltsanalyse als Forschungsmethode

Im Gegensatz zu quantitativen Analysen, die auf ordinal-, intervall- oder ratioskalierten Messungen beruhen, kennzeichnet eine qualitative Analyse, dass sie auf nominalskalierten Messungen basiert. Dies schließt quantitative Verrechnungstechniken nicht aus: „So lassen sich Häufigkeiten der Ausprägungen, typische Konfigurationen, Cluster bei nominalskalierten Variablen untersuchen“ (MAYRING, 2003, S. 17).

Inhaltsanalyse als sozialwissenschaftliche Methode will Kommunikation analysieren, dabei systematisch, d.h. regel- und theoriegeleitet vorgehen mit dem Ziel, Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte der Kommunikation zu ziehen. Unter die Grundtechniken inhaltsanalytischer Verfahren fallen Intensitäts-, Kontingenz- und Häufigkeitsanalysen. „Die einfachste Art inhaltsanalytischen Arbeitens besteht darin, bestimmte Elemente des Materials auszuzählen und in ihrer Häufigkeit mit dem Auftreten anderer Elemente zu vergleichen“ (MAYRING, 2003, S. 13).

Mit der *Qualitativen Inhaltsanalyse* können Texte aller Art auf bestimmte inhaltliche Kategorien hin analysiert werden. Sie ist ein theorie- und regelgeleitetes Verfahren, das auch quantitative Methoden einbeziehen kann. Es geht darum, einen Text so zu analysieren, dass er auf die Informationen reduziert wird, die für die Fragestellung relevant sind (LISCH & KRIZ, 1978).

Hierbei kommen drei grundsätzliche Vorgehensweisen – Zusammenfassen, Explikation oder Strukturierung – zum Einsatz:

Bei der *Zusammenfassung* kommt man durch Auswählen, Bündeln und Abstrahieren von Aussagen zu paraphrasierten Daten.

Bei der *Explikation*, die der Erweiterung des Verständnisses einzelner Textstellen dient, wird der Kontext der zu untersuchenden Textstelle berücksichtigt. Der Kontext im engeren Sinne ist die jeweilige vorausgegangene und nachfolgende Textstelle; im weiteren Sinne bezeichnet er über den Text hinausgehende Informationen (Interviewteilnehmer, zeitlicher und örtlicher Rahmen usw.).

Bei der *Strukturierung* wird ein im Vorfeld gebildetes Kategoriensystem dazu verwendet, Textstellen den passenden Kategorien zuzuordnen.

2.2 Zusammenfassende Inhaltsanalyse

Das Grundprinzip einer *zusammenfassenden Inhaltsanalyse* (MAYRING, 2003) besteht darin, in mehreren Arbeitsschritten das Textmaterial durch Verarbeitungsprozesse bzw. unter Einsatz sog. „Makrooperatoren“ – Auslassen, Generalisation, Konstruktion, Integration, Selektion, Bündelung – zu transformieren. Eine mehrstufige Abfolge von Analyseschritten, die in Abhängigkeit vom Datenmaterial auch zusammengezogen werden können, ermöglicht hierbei die „sukzessive Verdichtung“ von umfangreichem Datenmaterial (BOHNSACK et al., 2003). Als zentrales Merkmal von Inhaltsanalyse heben RITSERT (1972) und MAYRING (2003) hervor, möglichst trennscharfe Kategorien zu entwerfen, unter die sich Inhalte subsumieren lassen; diese begründen die Intersubjektivität des Vorgehens und somit das Nachvollziehen der Analyse für andere.

Anspruch dieses Verfahrens ist also, ein umfangreiches Datenmaterial – d.h. die teilweise sehr ausführlichen, komplexen und mitunter als Folge z.B. formaler Denkstörungen nicht unmittelbar sich erschließenden Aussagen der Patienten – systematisch auf ihre wesentlichen Inhalte zu reduzieren. Innerhalb eines induktiven Verallgemeinerungsprozesses erfolgt eine Reduktion des Ausgangsmaterials durch Generalisierung und Abstraktion der Aussagen, Streichen bedeutungsgleicher Aussagen, Selektion zentraler Aussagen sowie Bündelung inhaltsähnlicher Aussagen. Die so erfolgte Reduktion mündet in die (wiederholt revidierte) Konstruktion globaler Aussagen, die zu Kategorien zusammengefasst werden (vgl. MAYRING, 2003, S. 75). Anschließend kann eine Quantifizierung mit dem Ziel vorgenommen werden, die so gewonnenen globalen Aussagen bzw. Kategorien in eine Rangfolge nach der Häufigkeit ihrer Nennung zu bringen.

2.3 Auswertung der offenen Frage zur Patientenzufriedenheit

Am Entlassungstag erhielten die Patienten den Fragebogen zum Zigarettenrauchen und wurden gebeten, ihn vor dem Verlassen der Klinik ausgefüllt beim Personal abzugeben. Die Pflegekraft schrieb mit Bleistift den Namen des Patienten auf den Bogen, der im Sekretariat durch eine Patienten-Nummer ersetzt wurde, die identisch war mit der Nummer seines Belegs der Basisdokumentation.

Zur Auswertung der Antworten auf die abschließende Frage: *Was hat Ihnen gefallen, was störte Sie oder worüber haben Sie sich geärgert?* wird in dieser Arbeit die vorbeschriebene zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse herangezogen.

Ein erstes Zwischenergebnis der Auswertung besteht somit in der Konstruktion globaler Aussagen bzw. von Globalaussagen. Diese werden in einem nächsten Schritt einer Reihe von Kategorien zugeordnet. Die anschließende *Quantifizierung* gewichtet die globalen Aussagen und die Kategorien nach der Häufigkeit ihres Auftretens.

2.3.1 Liste der Kategorien und Globalaussagen

Inhaltlich ließen sich die 2718 Aussagen der Patienten zu 55 globalen Aussagen zusammenfassen und 6 Kategorien zuordnen:

Liste der Kategorien
Globale Zufriedenheit
Globale Unzufriedenheit
Umgang und Behandlung
Klinikgestaltung und Ausstattung
Zusammenleben der Patienten
Reste

Unter der Kategorie „Reste“ (N = 112) wurde im wesentlichen Nicht-Zuordnenbares bzw. Paralogisches wie z.B. die alleinige Aussage: „Kein legales Cannabis!“ [Pat. 02-0112] oder „so gesehen hat mich nicht besonders viel gestört“ [02-1837] bzw. „bin mit allem klargekommen“ [01-1644] subsumiert.

Überschneidung von Globalaussagen: Die Zuordnung zu den einzelnen Globalaussagen fiel nicht durchweg leicht. So gab es etwa innerhalb der Kategorie „Umgang und Behandlung“ Interpretationsspielräume dergestalt, dass z.B. unter *Lob Pflegepersonal* eine Äußerung zu seinem freundlichen Umgang dann kodiert wurde, wenn sie sich explizit auf die Schwestern und Pfleger (und nicht die Mitarbeiter allgemein) bezog. Dem *Umgangston* wurde eine Äußerung zugeordnet, wenn am Personal generell sein freundlicher Umgang gelobt war – wenn auch davon auszugehen ist, dass Patienten auf einer Station am häufigsten mit Pflegepersonal Erfahrungen sammeln; ebenso wurde bei der Kodierung *Gesprächsbereitschaft* verfahren. Manche Aussagen zur Globalaussage *Heterogenität* könnten teilweise auch unter der Globalaussage *Angst vor Mitpatienten* (Kategorie „Zusammenleben der Patienten“) aufgeführt werden – wenngleich „Angst“ nicht explizit benannt wurde. Die folgende Zuordnung liegt der Ergebnisdarstellung (vgl. Kap. 3) zu Grunde:

Tab. 1: Liste der Globalaussagen

Globale Zufriedenheit
Allgemeine Zufriedenheit
Betreuung Personal
Schutz/Geborgenheit
Anregung/Perspektive
anderes

Umgang und Behandlung
Lob Pflegepersonal
Lob Arzt
Kritik Therapieprogramm
Kritik Pflegepersonal
Lob Therapieprogramm
Kritik Arzt
Kritik Stationsordnung
Lob Umgangston
Kritik Heterogenität
Kritik Ausgangsregelung
Lob Gesprächsbereitschaft
Kritik Gesprächsbereitschaft
Lob Ergotherapie
Lob Sozialarbeit
Kritik an Überwachung
Kritik Ergotherapie
Lob Teamgeist
Kritik an Zwangsmaßnahmen
Lob des Psychologen
Lob der Musiktherapie

Kritik der Sportangebote
Kritik der Pharmakotherapie
Lob der Ausgangsregelung
Kritik an Visite
Kritik Sozialarbeit
Lob der Pharmakotherapie
Lob der Heterogenität

Klinikgestaltung und Ausstattung
Lob Verpflegung
Kritik Verpflegung
Kritik Ausstattung
Kritik Freizeitangebot
Lob Ausstattung
Kritik Raucherraum
Kritik Rückzugsmöglichkeit
Kritik Mehrbettzimmer
Lob Sauberkeit
Kritik Sauberkeit
Kritik Rauchverbot
Kritik Belüftung
Kritik sanitäre Ausstattung
Lob sanitäre Ausstattung
Lob Rückzugsmöglichkeiten

Zusammenleben der Patienten
Kritik Mitpatienten
Lob Mitpatienten
Passivrauchen
Diebstahl
Lärmbelästigung
Streit
Störung durch Musik
Angst vor Mitpatienten

2.4 Beschreibung der Untersuchungsgruppe

Das Vivantes Klinikum Neukölln verfügte zum Zeitpunkt der Untersuchung über 22 medizinische Fachabteilungen, darunter die Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik mit 158 allgemeinspsychiatrischen Betten, 12 Betten für Krisenintervention und 40 tagesklinischen Behandlungsplätzen. Alle Stationen sind grundsätzlich offen und werden nur im Notfall geschlossen (pro Jahr ist zwischen 5 und 8% der Tage eine Stationstür vollständig

geschlossen). Die Klinik hat die Versorgungsverpflichtung für den Berliner Stadtbezirk Neukölln mit 315000 Einwohnern bei einem Ausländeranteil von 21%. In der Institutsambulanz wurden pro Quartal ca. 170 Patienten behandelt. Bei 3249 Aufnahmen, 2046 behandelten Patienten und einer durchschnittlichen Liegedauer von 20,8 Tagen waren 12,7% aller Patienten irgendwann gegen ihren Willen untergebracht und bei 71 Patienten kam es 143-mal zu Fixierungen. Im Untersuchungszeitraum von 2001 und 2002 haben von den insgesamt 3422 Patienten bei insgesamt 5763 Aufnahmen 2211 (38,4% der Aufnahmen) den Fragebogen zum Zigarettenrauchen ausgefüllt. Hiervon nahmen 1229 (55,6%) zur offenen Frage Stellung.

1.3.1 Soziodemografische Daten

Tab. 2: Soziodemografische Daten, Hauptdiagnosen und Liegedauer der Untersuchungs- und Vergleichsgruppe

	Untersuchungsgruppe	Vergleichsgruppe
<i>Aufnahmen</i>	1227	4536
<i>Geschlecht</i>		
Männlich	680 (55,4%)	2691 (59,3%)
Weiblich	547 (44,6%)*	1845 (40,7%)
<i>Alter</i>		
M/SD (in Jahren)	46,2/± 14,6	46,1/± 16,4
<i>Nationalität</i>		
Deutschland	1099 (88,8%)	3805 (83,9%)
Migrationshintergrund	128 (11,2%)	731 (16,1%)
<i>Diagnosen</i>		
F0	39 (3,2%)	317 (7,0%)
F1	493 (40,2%)	1635 (36,0%)
F2	341 (27,8%)	1441 (31,8%)
F3	189 (15,4%)	436 (9,6%)
F4	127 (10,3%)	471 (10,4%)
F6	36 (2,9%)	216 (4,8%)
F7	1 (0,1%)**	9 (0,2%)
<i>Aufenthaltsdauer</i>		
M/SD (in Tagen)	26,5/± 25,9**	18,2/ ± 26,0

* 5%-Signifikanz-Niveau, ** 1%-Signifikanz-Niveau

Erwartungsgemäß repräsentierten die Teilnehmer der Befragung in einigen Variablen die Gesamtheit der im Untersuchungszeitraum aufgenommenen Patienten. Wie Tab. 2 zu entnehmen ist, befanden sich die teilnehmenden Patienten allerdings im Durchschnitt eine Woche länger in der Klinik ($p < 0,001$) und wiesen einen höheren Anteil von Frauen auf ($p < 0,05$). Zugleich finden sich unter ihnen weniger Patienten mit Migrationshintergrund ($p < 0,000$), die wahrscheinlich vor

dem Hintergrund eingeschränkter Kenntnisse der deutschen Sprache die Teilnahme abgelehnt haben.

2.4.2 Verteilung nach Diagnosen

Auch in der Verteilung der Haupt- bzw. Erstdiagnosen unterschieden sich die Untersuchungsgruppe und das Gesamt der aufgenommenen Patienten signifikant voneinander. So finden sich Patienten mit alkoholbezogenen Störungen und mit affektiven Erkrankungen mit 40,2% bzw. 15,4% in der Untersuchungsgruppe überrepräsentiert, während Patienten mit dementiellen Erkrankungen die offene Frage seltener beantwortet haben ($p < 0,000$).

2.5 Auswertung der Ergebnisse

Für die Textanalyse – die qualitative Analyse der Antworten auf die offene Frage – wurde das computergestützte Datenanalyse-Programm WINMAX 97 (KUCKARTZ, 1997) verwendet. Die Darstellung der Ergebnisse erfolgte mit Hilfe der deskriptiven Statistik (SPSS) in Form von Tabellen. Eine Quantifizierung wurde durchgeführt, um die globalen Aussagen bzw. Kategorien zu gewichten.

Unterschiede zwischen der Untersuchungs- und der Vergleichsgruppe wurden mit Hilfe des t-Testes (Mittelwerte) oder χ^2 -Test (Häufigkeiten) gegen den Zufall geprüft.

3 Ergebnisse

An der Abschlussbefragung nahmen 2211 Patienten (incl. Wiederaufnahmen) teil, was einer Quote von 38,4 % entspricht. Von den 2211 Patienten, die den Fragebogen ausgefüllt haben, äußerten sich 1229 Patienten (55,6%) zu der offenen Frage, was ihnen gefallen, was sie gestört bzw. geärgert hat. Von diesen unterschrieben 136 Patienten unaufgefordert mit Namen.

Die Patienten äußerten sich unterschiedlich ausführlich: sie bedankten sich („Vielen Dank für alles“ bis einfach „zufrieden“), sahen keinen Anlass für Unzufriedenheit („Es war alles in bester Ordnung“ [01-0033]); oder sie nahmen zu mehreren Aspekten Stellung: „Ich möchte mich recht herzlich bedanken bei allen Schwestern und Pflegern für die aufopfernde Arbeit, die sie mir haben zuteil werden lassen. Auch die sonstigen Sachen, wie die halbe Stunde Sport oder die große Runde, die jeden Tag gebildet wurde, haben den Mut steigen lassen, um vom Teufel, welcher Art, loszukommen. Deshalb wünsche ich allen, die dieser Abteilung angehören, viel Glück und Erfolg“ [01-1283]. Manche Aussagen waren persönlich gehalten: „Das Personal war oft sehr nett zu mir. In wenigen Ausnahmen habe ich mich unter Druck gesetzt gefühlt. Für mich ist es eine ungewohnte Situation mit so vielen Menschen zusammen zu leben; das ist der einzige Grund, warum ich entlassen werden möchte. Die Therapieangebote waren gut, mir persönlich aber zu wenig, denn aus Erfahrung dieser Zeiten ist es für mich sehr langweilig, das liegt aber an mir. Ich möchte mich herzlich bedanken für all die Bemühungen ihrerseits“ [01-2764]. Nur ausnahmsweise wurde eine emotionale Färbung deutlich: „Erst hatte ich Angst vor der Station, doch ohne Zank, Beleidigung und Hohn waren die Stunden zeitweise sogar lustig und nett. Wir konnten manchmal viel lachen und wunderschöne Dinge bei der Ergotherapie machen“ [01-1950].

Da die hier ausgewertete offene Frage im Rahmen einer Erhebung zum Zigarettenrauchen (vgl. 1.3) gestellt wurde, mag das Thema Rauchen in den einzelnen Globalaussagen häufiger als in anderen Studien zur Patientenzufriedenheit angeführt sein.

Bezogen auf das Gesamt der 2606 Aussagen (2718 Äußerungen abzüglich 112 „Reste“), waren die Antworten der Befragten überwiegend positiv. Inhaltlich bezogen sie sich wesentlich auf Aspekte der Behandlung: Die 1848 Aussagen der Kategorien „Umgang und Behandlung“ sowie „Globale Zufriedenheit“ und „Globale Unzufriedenheit“ umfassen mit 70,9% über 2/3 aller Aussagen – die 1300 Aussagen der Kategorie „Umgang und Behandlung“ alleine 49,9%.

3.1 Lob und Kritik

Unterteilt man sämtliche 2606 Patientenaussagen zunächst danach, ob sie anerkennend oder kritisch zu ihrem Aufenthalt in der Klinik Stellung nehmen, überwiegen die lobenden Aussagen (1603 bzw. 61,5%). Die Bewertungen unterscheiden sich jedoch danach, welche Aspekte der erfahrenen Behandlung und des stationären Aufenthaltes beurteilt werden (vgl. Tab. 3).

In den Kategorien „Globale Zufriedenheit“ und „Globale Unzufriedenheit“ standen 507 positive Wertungen nur 41 negative Aussagen gegenüber. Auch in der Kategorie „Umgang und Behandlung“ überwogen die 845 positiven Wertungen (65,0%) deutlich die 455 negativen Aussagen (35,0%).

Dagegen fanden sich hinsichtlich „Klinikgestaltung und Ausstattung“ 335 negative Aussagen (62,7%) gegenüber 199 positiven (37,3%). Auch in der Kategorie „Zusammenleben der Patienten“ wurden überwiegend negative Aussagen getroffen: 172 (76,8%) gegenüber 52 positiven Aussagen (23,2%).

Tab. 3: Verteilung von Lob und Kritik in den Kategorien

Kategorie	Lob	Kritik	N
Global	507 (92,5%)	41 (7,5%)	548
Umgang/Behandlung	845 (65,0%)	455 (35,0%)	1300
Klinik/Ausstattung	199 (37,3%)	335 (62,7%)	534
Zusammenleben Pat.	52 (23,2%)	172 (76,8%)	224
Gesamt	1603 (61,6%)	1003 (38,4%)	2606

3.1.1 „Globale Zufriedenheit“

Die 507 auf die Mitarbeiter im Allgemeinen und den stationären Aufenthalt als Ganzes bezogenen lobenden Aussagen lassen sich danach gruppieren, ob sie sich global anerkennend, auf die Zufriedenheit mit dem Personal, auf die Erfahrung von Schutz und Anregung oder anderes beziehen.

Tab. 4: Quantifizierung der Inhaltsanalyse, Kategorie „Globale Zufriedenheit“

(Global)Aussagen	Häufigkeit (n)	(%)
Allgemeines Lob	395	77,9
Betreuung/Personal	92	18,1
Schutz/Geborgenheit	9	1,8
Anregung/Perspektive	7	1,4
anderes	4	0,8

Am häufigsten (77,9%) wird ein *allgemeines Lob* geäußert wie z.B. „Vielen Dank für alles“ [01-1276] oder „Es hat mir sehr gefallen. Diese Station kann man mit ruhigem Gewissen weiter empfehlen“ [01-2492] bzw. „dieses Mal hat mir alles zugesagt, wenn ich auch ungern hier bin“ [01-0692] oder „Ich habe mich auf der Station sehr wohl gefühlt. Von meinen Depressionen und Angstzuständen bin ich befreit worden“ [01-2130].

92 Aussagen (18,1%) bewerten die *Betreuung* durch die Mitarbeiter positiv. Manche nennen Stichworte wie z.B. „wie immer freundliche aber bestimmte Behandlung“, andere heben den Verlauf hervor: „Sie alle trugen dazu bei, dass ich mich schnell erholte und wieder nach Hause entlassen werden konnte“ [01-0150], „Dank an das gesamte Personal, das sich sehr viel Mühe gibt und sehr viel Geduld mit uns hat“ [01-0217] bzw. „Jeder vom Personal war einfühlsam und hilfsbereit, ohne dass man sich bevormundet fühlte“ [02-0118].

In 9 Aussagen (1,8%) wird die Erfahrung von *Schutz* und *Geborgenheit* thematisiert: „Mir gefiel es hier gut, der allgemeine Klinikschutz war vorhanden“ [01-0449], „Auf der Station fühlte ich mich sicher vor dem Alkohol“ [01-0491], „Ich wurde in Sicherheit gebracht, von Belästigern ferngehalten“ [01-2401], „Ich habe mich hier geborgen gefühlt und habe nichts zu kritisieren“ [02-0346] oder „Ich glaube, dass ich hier war, war mir eine sehr große Hilfe. Wenn ich noch ein paar Tage draußen gewesen wäre, hätte ich wirklich probiert, mir etwas anzutun. Deswegen bin ich zufrieden, wie es hier ist“ [02-3159].

Einzelne Aussagen verweisen auf erfahrene *Anregungen* wie z.B. „Da ich nun wieder in der Klinik ein wenig Sicherheit gewonnen habe, bin ich wieder besser dran, wenn ich in die Welt mit eigenem Sinne gehe, mit Überzeugungskraft!“ [01-0449] oder „Ich von meiner Seite nehme viel mit, was mir draußen helfen wird“ [01-1056] bzw. „Der Aufenthalt hat mir sehr viele neue Erkenntnisse gebracht“ [01-2986].

Die Globalaussage *anderes* schließt z.B. den Vergleich mit stationären Behandlungen in anderen Kliniken ein: „Ich war sehr zufrieden, es gibt schlimmere Psychiatrien. Vielen Dank“ [01-1217], „Da ich schon mal in ...[hier folgt der Name der Klinik] gelegen habe, muss ich gestehen, dass es auf dieser Station wirklich besser war“ [01-2800]; oder hebt das aktuell positive Gesamturteil von einer allgemeinen Haltung der Psychiatrie gegenüber ab: „Die grundlegenden und bleibenden Schwierigkeiten, die ich mit der Psychiatrie habe und immer behalten werde, haben gerade mit der Station 84 des KNK nichts mehr zu tun“ [02-2685].

3.1.2 „Globale Unzufriedenheit“

Die 41 eher summarisch kritischen Aussagen lassen sich danach unterscheiden, ob sie allgemein negativ die Gesellschaft und den Krankenhausaufenthalt ansprechen oder ob sie die Betreuung bemängeln.

So finden sich 27 (65,8%) allgemein kritische Äußerungen wie z.B. „Die allseits herrschende Bürokratie scheint oftmals das Leben zu ersticken. So auch hier im Krankenhaus, wo es doch eigentlich um die Rettung von Leben geht“ [01-3375], „Krankenhäuser sind mir zuwider“ [02-2033] oder „Die Station 85 hat für mich als Alkoholikerin den Eindruck hinterlassen einen Drehtüreffekt zu haben“ [02-1925].

12 Patientenaussagen (29,3%) kritisieren an der Betreuung z.B. „Verschiedener Umgang mit Patienten und Ungleichgewichtnahme des Einzelnen“ [01-1469], fehlenden „Informationsfluß unter dem Personal“ [02-0644] bzw. „schlechte Absprache, kein Verständnis“ [02-0707]. Andere kritisieren fehlende Eigenverantwortung und „Vorschriften“: „Es ärgert mich, mich einer Hierarchie unterordnen zu müssen, für meine Kleidung/Wäsche nicht selbst verantwortlich zu sein und dass dadurch vieles verloren geht, was mir niemand ersetzt“ [01-0203] oder „Es müsste mehr Toleranz vorhanden sein, nicht nur streng nach den Vorschriften, man kann schon mal ein Auge zudrücken. Das fehlt bei allen, schade, man würde besser miteinander auskommen“ [01-2645].

3.2 Zufriedenheit mit „Umgang und Behandlung“

1300 von 2606 Aussagen (49,9%) betreffen Aspekte der Kategorie „Umgang und Behandlung“ (Tab. 5).

Tab. 5: Quantifizierung der Inhaltsanalyse, Kategorie „Umgang und Behandlung“

(Global)Aussagen	Häufigkeit (n)	(%)
Lob Pflegepersonal	417	32,1
Lob Arzt	196	15,1
Kritik Therapieprogramm	96	7,4
Kritik Pflegepersonal	78	6,0
Lob Therapieprogramm	74	5,7
Kritik Arzt	72	5,5
Kritik Stationsordnung	57	4,4
Lob Umgangston	40	3,1
Kritik Heterogenität	36	2,8
Kritik Ausgangsregelung	32	2,5
Lob Gesprächsbereitschaft	31	2,4
Kritik Gesprächsbereitschaft	30	2,3

Lob Ergotherapie	28	2,1
Lob Sozialarbeit	17	1,3
Kritik an Überwachung	12	0,9
Kritik Ergotherapie	11	0,8
Lob Teamgeist	11	0,8
Kritik an Zwangsmaßnahmen	10	0,8
Lob des Psychologen	9	0,7
Lob der Musiktherapie	9	0,7
Kritik der Sportangebote	8	0,6
Kritik der Pharmakotherapie	8	0,6
Lob der Ausgangsregelung	8	0,6
Kritik an Visite	4	0,3
Kritik Sozialarbeit	2	0,1
Lob der Pharmakotherapie	2	0,1
Lob der Heterogenität	2	0,1

Werden die Aussagen in eine Rangreihe ihrer Nennungen gebracht, finden sich lobende Äußerungen zu Pflegepersonal (32,1%) und Ärzten (15,1%) am häufigsten, während kritische Äußerungen zu diesen beiden Berufsgruppen – Pflegepersonal (6,0%) und Ärzte (5,5%) – deutlich seltener sind. Berücksichtigt man weitere Aspekte der Kategorie „Umgang und Behandlung“ wie *Umgangston*, *Gesprächsbereitschaft*, *Überwachung*, *Teamgeist*, *Zwangsmaßnahmen*, *Pharmakotherapie*, *Ausgangsregelung* und *Visitengestaltung*, so beziehen sich insgesamt 73,2% der Äußerungen auf den Umgang von Pflegepersonal und Ärzten mit den Patienten (vgl. 2.3.1). Zu anderen Berufsgruppen wie Ergotherapeuten, Sozialarbeitern, Psychologen oder Musiktherapeuten äußern sich die Patienten deutlich seltener.

Im Folgenden seien die Ergebnisse für die einzelnen Globalaussagen ausgeführt. Das *Pflegepersonal* (vgl. Tab. 6) wird als „klasse“, „sehr entgegenkommend“, „geduldig“, „aufmerksam“ oder engagiert *gelobt*: „Das Pflegepersonal hat einen großzügigen persönlichen Einsatz gezeigt. Ich konnte mich angenommen fühlen und dies hat mich seelisch sehr unterstützt“ [02-0990]. Sein freundlicher Umgang wird in 57 Aussagen hervorgehoben: „Pflegepersonal auf der Station 82 ist sehr freundlich und bemüht, den Patienten zur Zufriedenheit zu verhelfen. Ich habe mich hier angenommen gefühlt“ [01-0093] oder „Die offensichtliche Freundlichkeit des Pflegepersonals war angenehm“ [01-0224]. Als weitere Qualitäten werden seine Hilfsbereitschaft (40 Äußerungen) und sein Verständnis genannt: „Die Krankenschwestern sind sehr höflich, verständnisvoll und haben Mitgefühl mit uns“ [02-0170]. Kompetenz und Gesprächsbereitschaft werden in je 14 Aussagen positiv bewertet: „Das Pflegepersonal nimmt sich viel Zeit für die Patienten, hat für alle Probleme ein offenes Ohr“ [01-3145]. Die auf den

meisten Stationen praktizierte Bezugspflege wird als hilfreich und „sinnvoll“ wahrgenommen – z.B. „Dass jedem Patienten in jeder Schicht eine Bezugspflege zur Seite gestellt wurde, hat mir sehr gefallen. Das ist für die Psychiatrie eine sinnvolle Einrichtung“ [01-1069].

Tab. 6: Quantifizierung der Inhaltsanalyse, Globalaussage *Lob Pflegepersonal*

Aussagen	Häufigkeit (n)	(%)
allgemeine Zufriedenheit	268	64,3
freundlicher Umgang	57	13,7
Hilfsbereitschaft	40	9,6
Verständnis/Mitgefühl	17	4,1
Gesprächsbereitschaft	14	3,6
Kompetenz	14	3,6
Bezugspflege	7	1,7

Das *Lob* der *Ärzte* wird in der Regel allgemein gehalten – „bedanke mich ganz herzlich bei meinem Arzt“ [01-0150] oder „Insbesondere bin ich erfreut über die hochwertige ärztliche Beratung, Versorgung, Betreuung“ [01-0450]; anders als beim Pflegepersonal werden einzelne *Ärzte* namentlich genannt. Ihre Behandlung wird seltener als „rücksichtsvoll“, „einfühlsam“ oder geduldig gelobt: „Die *Ärzte* im allgemeinen waren sehr nett und hilfsbereit! Einige haben es drauf mit ihren Fragen, die sie gezielt stellen, die Probleme und Gefühle der Patienten zu lockern und darüber zu sprechen, sie sind einfühlsam. Sie nehmen uns ernst und dies ist sehr wichtig, es erleichtert über etwas zu reden, was sie jahrelang mit sich herumgetragen haben, also herzlichen Dank!“ [01-2021] oder „Meine *Ärztin* war sehr fair und zugewandt“ [01-2580]. Ihre medikamentöse Zuständigkeit findet sich nur ausnahmsweise thematisiert: „Mir haben die *Ärzte* gut gefallen. Ihre Erklärungen in Bezug auf die Medikamente und die Erkenntnis, was abgesetzt werden muss und was neu dazu kommt“ [02-3460].

Neben allgemeiner *Kritik* am *Pflegepersonal* – „hat mir nicht gefallen“ oder „Zusammenarbeit mit *Pflegepersonal* war nicht immer gut“ – wurde überwiegend seine „Überlastung“ kritisch gesehen: „Die *Bezugspflegerinnen* hatten in den letzten Wochen keine Zeit wegen Überlastung“ [01-2580], „*Personal* mit Burn-out sollte bezahlten Sonderurlaub bekommen“ [02-0543] oder „*Pflegepersonal* überlastet, kranke alte demente Menschen gehören in sachgerechte geriatrische Pflege ... Gedankenlosigkeit gepaart mit Überlastung haben Folgen“ [02-0661]. Es wurden „Aufsicht“ und Fürsorge vermisst: „Was mich ebenfalls ärgerte, war, dass in einigen Situationen Patienten sich alleine überlassen waren. Es gab Spannungen, doch es ließ sich kein

Pflegepersonal blicken um einzugreifen. Solche Situationen warfen meist Aggressionen und Wut auf“ [01-2203] oder es wurde „Mehr Kontrolle der Patienten, ob sie Drogen oder Alkohol auf die Station schmuggeln“ [02-3150] gefordert. Auch wurde bemängelt, nicht mehr als Erwachsener respektiert worden zu sein: „Ich kam mir entmündigt vor und wurde von einigen Personen des Personals als kleiner Junge im Vorschulalter behandelt“ [01-1710] bzw. „Es störte mich, dass man von ganz wenigen Schwestern teils wie im Kindergarten behandelt wurde“ [01-2203]. Schließlich wurden einzelne Schwestern als „zu streng im Kontakt“ [02-0985] bis „diktatorisch“ [02-0380] bzw. willkürlich handelnd – „öfters wird der Stationsplan ohne vorherige Information durch Pflegepersonal geändert oder nicht eingehalten“ [02-2549] – getadelt.

Im Zentrum der *Unzufriedenheit* mit den *Ärztinnen* und *Ärzten* standen deren von den Patienten wahrgenommene Überlastung – „leider laufend wechselnde überlastete Ärzte“ [02-0544] – und fehlende Zeit für Einzelgespräche und Aufklärung über Behandlungsmaßnahmen: „Es müssen mehr Ärzte die Station betreuen. Als Ansprechpartner ist der Arzt unerlässlich. Mehr Ärzte bedeutet bessere Betreuung der Kranken“ [01-2583] bzw. „Die Ärzte benötigen mehr Zeit für Gespräche“ [02-0990]. Vereinzelt wurden sie als „unnahbar“ oder „arrogant“ empfunden [01-1995], von ihnen „mehr Menschlichkeit“ erwartet [01-2405] oder ihr vornehmlich diagnostischer Blick bemängelt: „Ich wurde nur von Ärzten ausgefragt, ich konnte mich nicht mit Psychologen unterhalten, dies hat mich geärgert. Mein Arzt hat nach dem Gespräch mit meiner Schwester diagnostiziert“ [01-2405].

Der *Umgangston* wurde in 40 Aussagen als freundlich, höflich und respektvoll charakterisiert: „Ich möchte mich bei allen Ärzten, Therapeuten, Schwestern und Pflegern ganz herzlich für ihre Freundlichkeit bedanken“ [02-0266] und „Suchtkranke werden wie Menschen behandelt und das hat mir persönlich sehr über meine Hilflosigkeit der Krankheit gegenüber hinweg geholfen“ [01-1036].

Hinsichtlich der erlebten *Gesprächsbereitschaft* fanden sich Zufriedenheit und Unzufriedenheit ähnlich verteilt (31 vs. 30 Äußerungen). Es wurde anerkannt, dass Teammitglieder häufig „ein offenes Ohr“ hatten [z.B. 01-1231] oder sich „Zeit“ für die persönlichen Probleme des Patienten nahmen [z.B. 01-1537] – andere beklagten „zuwenig Gesprächsmöglichkeiten mit Fachpersonal“ [01-0650] und wünschten „mehr Einzelgespräche“ v.a. mit Psychologen [01-1745].

Die *Kritik am Therapieprogramm* nahm zahlenmäßig den dritten Rang ein und richtete sich mehrheitlich auf seinen Umfang bzw. das Ausfallen von Bestandteilen: „Leider fehlte ein

ausreichendes Therapieprogramm. Man war sich oft selbst überlassen. Es könnten mehr Angebote auch am Wochenende gemacht werden“ [02-2043] oder „Es hat mich gestört, dass die Info-Gruppen oft ausgefallen sind. Die Kleingruppe müsste länger dauern“ [02-0901]. Anderen standen die Gruppen zu sehr im Mittelpunkt – etwa „dass in der Großgruppe Leute einzeln auf Sachen angesprochen wurden, die eher nur den Arzt und Patienten etwas angehen“ [02-3547]. Auch wurden spezifische Angebote vermisst: „Ich fand das Therapieangebot zu wenig. Es wäre gut, wenn mehr Gespräche zum Krankheitsbild stattfinden“ [01-1540] oder „Was mir nicht gefiel: es wird zu wenig für die alten Leute gemacht, Beschäftigung, so weit es geht“ [02-0836].

74 Aussagen bewerteten das *Therapieprogramm* überwiegend *positiv* als „vielfältig“, „umfangreich“, „individuell“, „sehr hilfreich“ oder benannten explizit die „Tagesstruktur“ oder „Wochenstruktur“ als entscheidende Unterstützung, Stabilität zurück gewonnen zu haben. Unter den angebotenen Therapieelementen wurden die Selbsthilfegruppen hervorgehoben: „In den Selbsthilfegruppen konnte ich viel für mich mitnehmen“ [01-2389]. Anerkannt wurde auch, als Patient mitentscheiden zu dürfen: „Als besonders angenehm habe ich empfunden, dass man zu den Therapien nicht gezwungen wurde, bei Unwohlsein oder Müdigkeit“ [01-2221] oder „Ich fand das Buffet besser, weil ich so zur Zeit des Essens entscheiden konnte, was und wie viel oder wenig ich essen möchte. Selbständig aufräumen fand ich dabei auch gut und natürlich auch anrichten. Ich denke es gibt immer einige, die gerade in der Lage sind zu helfen, und für mich war es ein Gefühl von Nutzen zu sein“ [02-2252].

Die *Kritik* an der *Heterogenität* (12 Aussagen) betraf zu einem Drittel die Durchmischung von „schweren“ mit „leichteren Fällen“: „Ich fand, dass einige Patienten hier nicht richtig waren, sondern auf eine geschlossene Station gehörten. Die Patienten, die noch nicht so krank waren, mussten einiges am Anfang aushalten“ [02-3242]. Als weiterer Schwerpunkt wurde eine Differenzierung nach Krankheitsbildern gewünscht: „Mir wäre die Trennung von Psychose und Depressionspatienten lieber. Auf einer rein psychotherapeutischen Station könnte besser auf die Bedürfnisse von Depressions- und Angstpatienten eingegangen werden“ [01-0231]. Die Versorgung von Betagten sollte woanders stattfinden: „Es sind zu viele Geronto-Fälle auf der Station, wodurch die wenigen Schwestern zu sehr gebunden sind. Vielleicht sollte eine spezielle Station für pflegeintensive Alte eingerichtet werden“ [02-0805] bzw. „viele alte Menschen gehören nicht auf die Psychiatrie sondern ins Altenheim“ [01-2795] – zugleich fand sich die Heterogenität ausschließlich wegen des Einbezugs der älteren Patienten *gelobt*: „Mischung aller Altersgruppen (einfach toll)“ [02-2574]. Eine Geschlechtertrennung befürwortete nur eine

Minderheit (4 Äußerungen): „Ich möchte eine Frauen- und Männerstation, die getrennt ist. Frauen sollen Frauen betreuen. Männer sollen Männer betreuen“ [01-1088].

Die *Kritik* an der *Stationsordnung* war breit gefächert: sie sei „zu streng“ (9 Aussagen), „zu nachlässig“ (5 Aussagen), zu restriktiv in der Fernsehregelung u.a. In der gesondert gezählten *Kritik* an der *Ausgangsregelung* klagten v.a. die Suchtkranken über ihre Ausgangsbeschränkung. Selten wurde die erfahrene *Überwachung* (12 Aussagen) und hierbei überwiegend die vorübergehende Schließung der Stationstür *kritisiert*: „Die Tatsache, dass bei manchen neuen Patienten die Tür abgeschlossen wurde und sich nicht nur die Luft, sondern auch die Aggressionen stauten“ [02-1666] oder „Es ist wie im Knast hier“ [01-3461]. Ähnlich selten fanden sich *Zwangmaßnahmen* wie Unterbringung, Fixierung oder Medikation gegen den Willen negativ bewertet (10 Äußerungen).

Die *Pharmakotherapie* wurde von nur 10 Patienten – darunter zweimal lobend – erwähnt: Bemängelt wurden sowohl ihre unzureichende Wirksamkeit [z.B. 01-2760, 02-1641] als auch ihre zu hohe Dosierung [02-1624], während positiv z.B. die Verordnung von Perazin als „nebenwirkungsarm“ angeführt wurde [01-0588].

3.3 Zufriedenheit mit „Klinikgestaltung und Ausstattung“

534 der 2606 Aussagen (20,5%) betreffen Aspekte der Kategorie „Klinikgestaltung und Ausstattung“ (Tab. 7).

Tab. 7: Quantifizierung der Inhaltsanalyse, Kategorie „Klinikgestaltung und Ausstattung“

(Global)Aussagen	Häufigkeit (n)	(%)
Lob Verpflegung	137	25,7
Kritik Verpflegung	99	18,5
Kritik Ausstattung	72	13,5
Kritik Freizeit-/Beschäftigungsangebot	44	8,3
Lob Ausstattung	32	6,0
Kritik Raucherraum	30	5,6
Kritik Rückzugsmöglichkeit/Privatsphäre	22	4,1
Kritik Mehrbettzimmer	22	4,1
Lob Sauberkeit	18	3,4
Kritik Sauberkeit	14	2,6
Kritik Rauchverbot	12	2,3
Kritik Belüftung	11	2,1
Kritik sanitäre Ausstattung	9	1,7
Lob sanitäre Ausstattung	7	1,3
Lob Rückzugsmöglichkeiten	5	0,9

In eine Rangreihe ihrer Nennungen gebracht, finden sich Bewertungen der *Verpflegung* – zu 25,7% Anerkennend, zu 18,5% kritisch – an oberster Stelle. Sie wurde allgemein als „gut“ bzw. „sehr gut“ oder als „schmack- und nahrhaft“, „reichhaltig“ bzw. „großzügig“ bis „pünktlich“ gelobt („Das Buffet gereicht pünktlich, sogar vor der angegebenen Zeit, ganz wunderbar“ [01-0989]). Vielfach begrüßten Patienten explizit die Einführung und „appetitliche“ Anrichtung des Frühstücksbuffets. Unter den kritischen Einwänden standen unzureichende Menge und Vielfalt („zu eintönig“) der Verpflegung im Mittelpunkt; mehrfach wurde das pünktliche Eintreffen, ein angemessen warmes Mittagessen oder ein Abendbuffet vermisst.

Zur *Ausstattung* im engeren Sinne – einschließlich der *sanitärer Ausstattung*, *Mehrbettzimmer* und *Rückzugsmöglichkeiten* – nahmen 31,6% der Aussagen Stellung: 23,4% kritisch und 8,2% positiv. Im Zentrum der *Kritik* stand die unzureichende Ausstattung des Nichtraucher-Aufenthaltsraumes als nicht „gemütlich“, zu „steril“ oder klein – wobei auch differenziert argumentiert wurde: „Die Aufenthaltsräume sind sehr spartanisch eingerichtet (ausschließlich Holzstühle, wenig Bilder an den Wänden, wenig behagliche, gemütliche Atmosphäre). Dies kann ja durchaus therapeutische Gründe haben (Verhindern eines ‚Heimatgefühls‘, sich abfinden mit dem Hier sein). Dennoch schreckt es etwas ab“ [01-1210]; die „harten“ Holzstühle fielen immer wieder negativ auf. *Mehrbettzimmer* anstelle von Einzel- bzw. Zweibett-Zimmern fanden sich in 22 Äußerungen thematisiert - z.B.: „Die Mitpatienten kann man sich ja nicht aussuchen, aber 4 Leute auf einem Zimmer ist nicht gut“ [01-1704] oder „wirkt sich nicht günstig auf die Gesundheit aus“ [02-0781]. Gestört hatte an der *sanitären Ausstattung* vor allem die für beide Geschlechter gemeinsame Toilettenbenutzung. Einwände wurden auch gegen die Einschränkung der Fensteröffnung vorgebracht oder das „grelle Licht“ bemängelt: „Es wäre schön, ein kleines dezenteres Leselicht, das die anderen nicht stört, wenn man nachts nicht schlafen kann, aber trotzdem lesen möchte. Die Lampen über dem Bett sind zu grell“ [02-1485].

Die *Rückzugsmöglichkeiten* werden in 22 Aussagen (4,1%) wesentlich wegen „Raumüberfüllung“ oder „Lärm“ *kritisiert*: „Schön wäre ein Raum, in den man sich zurückziehen kann. Dem Bedürfnis nach Alleinsein wird nicht entsprochen“ [01-3006] bzw. „Ich hätte mir manchmal mehr Privatsphäre gewünscht“ [02-1869]. Bemängelt wurde auch, mit Besuch nicht ungestört sein zu können: „Problematisch fand ich eher, dass es auf der Station keine Möglichkeit gibt, sich zurückzuziehen, wenn man Besuch bekommt, und Probleme in Ruhe besprechen will“ [01-0552].

Zufrieden äußerten sich die Patienten v.a. darüber, dass für Nichtraucher und Raucher getrennte Aufenthaltsräume angeboten werden: „Die Regelung mit einem Tagesraum für Raucher und einem für Nichtraucher finde ich so o.k.“ [01-2081] oder „Dass nachts der Raucherraum geöffnet war sowie die Küche, falls ich mal Hunger bekam“ [01-2614]. Das „schöne Außengelände“ wurde mehrfach gewürdigt mit Worten wie „Der Garten und der Park haben mir gefallen“ [01-1884]. Nur ausnahmsweise lobte ein Patient das Mehrbettzimmer: „4-Bettzimmer hat mir auch gut gefallen, wegen Unterhaltung“ [02-2960] oder hob anerkennend hervor, dass Frauen und Männer auf einer Station gemeinsam behandelt werden.

Die *Unzufriedenheit* mit dem *Raucherraum* (30 Äußerungen) verteilte sich gleichermaßen auf das Fehlen eines Fernsehers, seine Größe, mangelnde Sauberkeit und Belüftung. Die *Kritik* am *Rauchverbot* bezog sich auf das Foyer (8 Aussagen) und den Fernsehraum (4 Aussagen).

Die *Unzufriedenheit* mit dem *Freizeit-/Beschäftigungsangebot* richtete sich fast ausschließlich auf die „Langeweile“ bzw. die fehlende Auslastung und Anregung vor allem am Wochenende: „Etwas zu viel Leerlauf an manchen Tagen, dass man vielleicht selbst Ergotherapie machen könnte“ [01-3226], „Zu wenig Abwechslung. Es fehlen PCs und Gesellschaftsspiele. Es müsste mehr auf die Neigung des einzelnen eingegangen werden“ [02-3263] oder „Am Wochenende könnte es mehr Freizeitaktivitäten geben“ [01-0539]. Die Wünsche werden auch gezielt formuliert: „Ich hätte mir oft einen Boxsack oder ein anderes sportliches Ventil zum Aggressionsabbau gewünscht, sowohl für mich als auch für Mitpatienten. Ich weiß, dass an Prof. Dr. F. dieses Anliegen schon des Öfteren gerichtet wurde und er scheinbar Gründe kennt, die dagegen sprechen. Diese würden mich sehr interessieren, da ich selber nur positive Aspekte kenne“ [02-3041].

Zur *Sauberkeit* auf Station äußerten sich eher wenige Patienten. Lob (18-mal) und Kritik (14-mal) hielten sich die Waage. Beispielsweise wurde die „fleißige nette ausländische Frau, die so flott alles sauber machte“ lobend genannt [01-0450], oder es wurde wertgeschätzt: „Trotz der vielen Patienten waren die Toiletten immer sauber“ [01-2317]. Andere nahmen aber auch die Mitpatienten nicht aus in Äußerungen wie: „Stationstoiletten nicht allzu sauber. Patienten sollten mehr zu Sauberkeit und Körperpflege angehalten werden“ [02-3263].

3.4 Zufriedenheit mit dem „Zusammenleben der Patienten“

224 der 2606 Aussagen (8,6%) thematisieren das Zusammenleben auf der Station. Nur 52 Äußerungen (23,2%) über die Mitpatienten enthielten ein Lob, mehr als $\frac{3}{4}$ der Äußerungen aber waren negativ! Bezogen auf die einzelnen Aspekte der Kategorie „Zusammenleben der Patienten“, ergibt sich die folgende Verteilung (Tab. 8):

Tab. 8: Quantifizierung der Inhaltsanalyse, Kategorie „Zusammenleben der Patienten“

(Global)Aussagen	Häufigkeit (n)	(%)
Kritik Mitpatienten	77	34,4
Lob Mitpatienten	52	23,2
Passivrauchen	29	12,9
Diebstahl	17	7,6
Lärmbelästigung	15	6,7
Streit	15	6,7
Störung durch Musik	12	5,4
Angst vor Mitpatienten	7	3,1

Die *Mitpatienten* wurden als „egoistisch“ oder „z.T. anstrengend“ *kritisiert*: „So mancher Mitpatient war mir eine Last: neutral betrachtet menschlich verständlich“ [02-2841]. Es wurden ihre „Unordnung“, Körperhygiene, fehlende Tischmanieren oder ihr Schnarchen moniert.

Gelobt fanden sich die Mitpatienten als „gesellig“, „humorvoll“, „hilfsbereit“ und „kontaktfreudig“: „Die Hilfsbereitschaft unter den Patienten war sehr heilend. Gefühl von: alle in einem Boot“ [02-1750] oder „Gute Gemeinschaft, nette Gespräche, vertrauensvoll“ [01-0719]. Manche Patienten verknüpften ihr positives Urteil mit der Hoffnung auf Fortführung der gewonnenen Kontakte: „Ich habe auch mehrere Bekanntschaften geschlossen, von denen ich hoffe, nach Ablauf der Therapie, außerhalb des Krankenhauses Kontakt zu halten“ [01-2269].

In 29 Äußerungen wurde im Wesentlichen das *Passivrauchen* bzw. der in den Nichtraucherbereich eindringende Rauch beklagt – auch das gelegentliche Rauchen auf der Toilette. Die *Lärmbelästigung* betraf sowohl die gestörte Nachtruhe als auch ein rücksichtsloses Türknallen am Tage. *Streit* untereinander wurde vergleichsweise ähnlich selten genannt: „Besonders habe ich mich über Streitigkeiten zwischen den Patienten geärgert, viele sind aggressiv gegeneinander! Stress und ordinäre Gespräche zwischen den Patienten herrschen vor“ [02-3171]. Explizit *Angst* lösten Mitpatienten hingegen offenbar selten aus.

3.5 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Patienten zeigten sich überwiegend zufrieden mit ihrem Aufenthalt im Krankenhaus (61,5% aller verwertbaren Äußerungen). Je nach beurteiltem Aspekt – Umgang und Behandlung, Klinikausstattung oder Zusammenleben mit den Mitpatienten – verteilte sich das Verhältnis von positiven zu negativen Aussagen unterschiedlich.

Im Zentrum der Patientenzufriedenheit steht die wesentlich über die Begegnung mit den Schwestern und Pflegern sowie den Ärzten erfasste Behandlung in der Klinik: 73% der Patientenaussagen bezogen sich auf das Verhalten dieser beiden Berufsgruppen – und zu 74% (705 Aussagen) waren die Bemerkungen anerkennend. Positive Äußerungen über die Betreuung durch das Pflegepersonal fanden sich doppelt so häufig wie ein Lob der ärztlichen Behandlung. Die Ärzte wurden eher als kompetent gelobt, während bei den Schwestern und Pflegern neben ihrem hohen Engagement der freundliche und verständnisvolle Umgang hervorgehoben wurde. Die Unzufriedenheit mit beiden Berufsgruppen wurde häufig auf deren Überlastung zurückgeführt – entsprechende kritische Äußerungen führten als Folgen eine unzureichende Aufsicht und Fürsorge bzw. einen Mangel an Einzelgesprächen mit den behandelnden Ärzten auf.

Das Therapieangebot wurde ähnlich häufig positiv wie negativ bewertet. Im Mittelpunkt der Unzufriedenheit stand sein zu geringer Umfang insbesondere an Wochenende und Feiertagen, während es positiv als individuell, hilfreich und vielfältig eingeschätzt wurde.

Die Klinikausstattung wurde deutlich häufiger kritisiert (62,7%) als gelobt (37,3%). Die Patienten zeigten sich v.a. mit der ungemütlichen Atmosphäre im Nichtraucher-Aufenthaltsraum (u.a. unbequeme Stühle) unzufrieden und bemängelten die unzureichenden Freizeit- bzw. Beschäftigungsmöglichkeiten sowie die Unterbringung in 3-4-Bettzimmern bzw. das Fehlen von Rückzugsmöglichkeiten. Zufrieden äußerten sie sich insbesondere über die Verpflegung.

Nur unter 10% der Patientenaussagen beziehen sich auf das Zusammenleben auf der Station, das überwiegend negativ (76,8%) bewertet wurde. Mitpatienten wurden vornehmlich als egoistisch, unordentlich und laut kritisiert. Ihre Geselligkeit und Hilfsbereitschaft wurden positiv angeführt.

4 Diskussion

Bei der Interpretation der Ergebnisse einer Zufriedenheitsbefragung psychiatrischer Patienten ist, wie unter 1.2 ausgeführt, auch wegen ihrer – verglichen mit somatisch Kranken – besonderen Versorgungsbedingungen (z.B. feste Zuständigkeit eines Krankenhauses, Häufigkeit von Behandlung gegen den Willen) Zurückhaltung geboten. Mit einer Teilnehmerquote von 38,4% lag der Rücklauf im Rahmen derer neuerer Studien (JANSSEN et al., 2000 führen z.B. 33%, LÄNGLE et al., 2002 35-53% an).

Zufriedenheit und Unzufriedenheit bzw. Lob und Kritik im Patientenurteil verteilten sich insgesamt dahingehend, dass sich die Patienten in ihrer Mehrzahl positiv äußerten, während ein gutes Drittel den stationären Aufenthalt kritisch bewertete.

4.1 Erwartungen an die Klinik

Die Ergebnisse werden im Folgenden im Zusammenhang mit der Literatur diskutiert. Bezüglich der Bewertungen der einzelnen Bereiche finden sich zahlreiche Übereinstimmungen mit anderen Untersuchungen vornehmlich aus dem deutschsprachigen – und damit direkt vergleichbaren – Raum.

Die insgesamt hohe Zufriedenheit in der Patientenstichprobe entspricht den Erwartungen, wenngleich sie mit knapp 62% nicht so hoch war wie in anderen Untersuchungen (z.B. SPIESSL et al., 1996; SWOBODA et al., 2000; MÖLLER-LEIMKÜHLER & DUNKEL, 2003). Erwartungsgemäß ist auch die stärkere Variabilität der Bewertungen, wenn nach Einzelaspekten des stationären Aufenthalts differenziert wird.

In über 2/3 aller Aussagen wurden Aspekte der Behandlung angesprochen. Entsprechend den überwiegend unterstützenden und versorgenden Aufgaben des Pflegepersonals steht ähnlich anderen Studien die Pflege im Zentrum der positiven Einschätzungen (z.B. ELBECK & FECTEAU, 1990). Aufnahme und Betreuung auf Station und die wahrgenommene Kompetenz der Ärzte fanden sich in Übereinstimmung z.B. mit zentralen Aspekten der Patientenzufriedenheit bei SIEGRIST et al. (2002) in der Rangreihe ihrer Häufigkeit an der Spitze.

Inhaltsanalytisch gewonnene Ergebnisse, so folgerten MÖLLER-LEIMKÜHLER & DUNKEL (2003), bestätigen zwar standardisiert erhobene Befunde im Wesentlichen, „modifizieren aber

die Rangordnung der Zufriedenheit mit den einzelnen Behandlungsbereichen aufgrund der Prioritätensetzung der Patienten“ (ebd. S. 44). Wie in der Münchener Erhebung wurde auch in Neukölln insgesamt die „kommunikative Qualität“ der pflegerischen und ärztlichen Betreuung für die Behandlungszufriedenheit besonders hoch gewichtet. Therapieelemente mit zwischenmenschlichen Kontakten – Kontakte mit Pflegepersonal und ärztliche/psychologische Einzelgespräche – werden bekanntermaßen als besonders hilfreich eingeschätzt, während spezifische Therapieformen wie Gruppen- oder Bewegungstherapie für die Patienten nur mittlere Bedeutung zu haben scheinen (z.B. KALLERT, 1991; FÄHNDRICH & SMOLKA, 1998; LÄNGLE et al., 2002; KRUMM & BECKER, 2006). Die Bedeutung ausreichender Gesprächsmöglichkeiten mit Ärzten, Psychotherapeuten und Pflegekräften sowie eines höflichen und einfühlsamen Umgangs bestätigte ebenfalls die Auswertung der offenen Fragen bei SWOBODA et al. (2000).

Nur sehr selten thematisierten die Patienten die Pharmakotherapie spontan, indem z.B. die Aufklärung über ihre Wirksamkeit durch den Arzt gelobt wurde – unter den 1298 Äußerungen zu „Umgang und Behandlung“ spielte sie kaum eine Rolle. SPIESSL (2002) wies darauf hin, dass abhängig von der eingesetzten Methodik – qualitativ oder quantitativ – in qualitativ ausgewerteten Interviews nur etwa 5% allgemeinspsychiatrischer Patienten zur Medikation Stellung nehmen, während nicht-medikamentöse Behandlungsverfahren wesentlich häufiger angeführt wurden. Dies überrascht zunächst angesichts der Tatsache, dass etwa 90% der Patienten in psychiatrischen Kliniken Psychopharmaka verordnet erhalten (LIPPERT et al., 1996). SPIESSL schränkt allerdings zu Recht ein, dass in seiner Studie nur die Wirksamkeit, nicht aber die Verträglichkeit der Medikamente angesprochen wurde: „Dies könnte darauf hinweisen, dass die Patienten bei einer erfolgreichen (medikamentösen) Therapie unerwünschte Arzneimittelwirkungen in Kauf nehmen“ (SPIESSL, 2002, S. 48). Der geringe Stellenwert der Medikation findet sich in der Literatur wiederholt bestätigt und spiegelt auch die anhaltend skeptische bis negative Haltung in der Bevölkerung gegenüber Psychopharmaka wider (ELBECK & FECTEAU, 1990; KALLERT, 1991; CROGHAN et al., 2003; MÖLLER-LEIMKÜHLER & DUNKEL, 2003). Eine Vielzahl von Studien bestätigte immer wieder, dass Psychotherapie generell als Form der Behandlung psychischer Erkrankungen positiver bewertet und favorisiert wird (z.B. HEGERL et al., 2003; ANGERMEYER & MATSCHINGER, 2005; MÜLLER, 2007).

Auffallend selten werden Zwangsmaßnahmen (nur 10-mal) bzw. Überwachung (7-mal die Türschließung) kritisiert. Eine Erklärung mögen die Überlegungen von SMOLKA et al. (1997) geben: Für die v.a. zum Entlassungszeitpunkt deutliche Tendenz zu einer vermehrten Verleugnung stattgehabter Zwangsmaßnahmen führen sie als mögliche Gründe Verdrängung eines traumatischen Ereignisses, bewusste Verleugnung aufgrund von Scham oder psychotische Amnesie an. Überdies werden gegen ihren Willen behandelte Patienten eine niedrigere Zufriedenheit und, vor dem Hintergrund einer geringen Krankheitseinsicht, eine geringere Kooperativität mit einer Befragung (d.h. Ablehnung der Teilnahme) als Selektionseffekt aufweisen (SWOBODA et al., 2000; LÄNGLE & BAYER, 2007).

Die Klinikausstattung ist für Patienten offenbar wichtig. Sie wurde von den Neuköllner Patienten in 20,5% aller Aussagen thematisiert. Konnten quantitative Studien im Mittel gute Beurteilungen erheben, finden sich auf offene Fragen Aspekte der Ausstattung bzw. der „Hotel“- oder „Strukturqualität“ am häufigsten kritisiert (MÖLLER-LEIMKÜHLER & DUNKEL, 2003). An erster Stelle für diesen Bereich von Patientenzufriedenheit wurde mehrheitlich noch positiv die Verpflegung genannt, gefolgt – konsistent mit SPIESSL et al. (1999) – von Wohnlichkeit und Sicherung der Privatsphäre auf der Station, die deutlich überwiegend kritisiert und als verbesserungswürdig eingeschätzt wurde. Respekt vor der Privatsphäre bedeutet z.B., wie auch Psychiatrie-Erfahrene fordern (KUCHARSKI, 2002), ungestört telefonieren zu können: „Als ich ein wichtiges Telefonat führte, hat mich die Öffentlichkeit gestört“ [02-2605]. Da vollstationäre Patienten Tag und Nacht auf Station verbringen, überrascht nicht, dass sich ihre Veränderungswünsche wie bei EICHLER et al. (2006) in erster Linie auf strukturelle Bedingungen wie Gestaltung der Räume und Rückzugsmöglichkeiten sowie verbesserte Freizeitangebote richten. Für die Gesamtzufriedenheit und für subjektive Vorstellungen von guter Behandlung erscheint die strukturelle Qualität einer (gut ausgestatteten) Klinik aber eher „von nachrangiger Bedeutung“ zu sein (MÖLLER-LEIMKÜHLER & DUNKEL, 2003; SPIESSL et al., 2003).

Wenn auch die Wahrnehmung der Mitpatienten für die Patientenzufriedenheit mit unter 10 % aller Aussagen einen eher geringen Stellenwert hat, fällt doch die rechtsschiefe Verteilung von positiven und negativen Aussagen auf: die Patienten äußerten sich zu 77% unzufrieden mit ihren Mitpatienten. Dies stimmt mit den Befunden von GUTKNECHT (2005) und EICHLER et al. (2006) überein, die darüber hinaus für tagesklinische Patienten eine deutlich positivere Einschätzung des emotionalen Klimas untereinander fanden.

Anders als Patienten artikulieren Angehörige in der Regel eine höhere Unzufriedenheit bzw. Enttäuschung ihrer Erwartungen (z.B. VICENTE et al., 1993; SCHMID et al., 2005). Sie äußern allenfalls im persönlichen Gespräch Zweifel am positiven Einfluss von Mitpatienten, vermissen vor allem aber, von den Ärzten in Therapieentscheidungen einbezogen, über die Erkrankung und ihren Verlauf ohne eigenes Nachfragen, offen und verständlich informiert und zeitnah in der Planung der Nachbetreuung berücksichtigt zu werden (SPIESSL et al., 2003).

4.2 Methodische Probleme

Durchführung und Interpretation von Patientenzufriedenheitserhebungen sehen sich, wie unter 1.2.2 ausgeführt, manchen offenen methodischen Problemen gegenüber.

Wie im Bereich der somatischen Medizin (z.B. ERZBERGER et al., 1989; GESELL & WOLOSIN, 2004) oder der Arbeitszufriedenheit (z.B. ULICH, 1998) ist von überhöhten Zufriedenheitsraten u.a. aufgrund von Selektionseffekten auszugehen (HANNÖVER et al., 2000; JACOB & BENGEL, 2000). Welche sozialpsychologischen Prozesse und methodische Verzerrungen auch immer für diese Tendenz verantwortlich sein mögen (Urteilsprozesse, soziale Erwünschtheit, kognitive Dissonanz, Selektionseffekte, Vorurteile etc.), Untersuchungen zur Behandlungsbewertung müssen tendenziell von einer relativ hohen Baseline der Zufriedenheit ausgehen. Je nach Art der Befragung – offene Fragen vs. vorgegebene Checklisten – nehmen Patienten inhaltlich wie quantitativ unterschiedlich Stellung, wie kürzlich BAYER & LÄNGLE (2008) für die Wirkungen und Nebenwirkungen von Antipsychotika nachweisen konnten; mit Artefakten im Sinne einer erwarteten Anworthaltung ist eher bei standardisierten Instrumenten zu rechnen.

Neben einer sorgfältiger sicherzustellenden Anonymisierung ist in künftigen Studien der Erhebungszeitpunkt stärker zu berücksichtigen – scheint doch eine Behandlung zu deren Ende tendenziell positiver bewertet zu werden als im Rückblick nach Entlassung (SWOBODA et al., 2000; EICHLER et al., 2006). Aufwendiger und kostenintensiver, in der Zufriedenheitserfassung aber valider ist nach den von KAISER et al. (1998) belegten Interviewereffekten offenbar eine Befragung durch neutrale Mitarbeiter eines unabhängigen Forschungsteams.

Computergestützte Patientenbefragungen auf täglicher Basis könnten angesichts ihrer offenbar hohen Akzeptanz (unter zumindest jüngeren Patienten) eine mögliche Lösung mancher methodischer Probleme sein. Das Fortfallen der persönlichen Interaktion bei eher sensiblen, persönlichen Befragungsthemen und die Nutzung eines Gerätes als immer verfügbaren, neutralen

„Kummerkasten“ könnten einen valideren Ausdruck der Patientenperspektive erlauben. Bislang ist allerdings der Nutzen einer täglichen Rückmeldung für Klinik und Qualitätssicherung noch nicht systematisch untersucht (FREUDENMANN & SPITZER, 2001).

Auch die regelmäßige Durchführung sog. „Fokusgruppen“ als systematische und zeitnahe Rückmeldung über die Arbeit einer Station erscheint als Alternative zur verbreiteten Fragebogenerhebung und dem Angebot einer „offenen Frage“ – will man konkrete Verbesserungsvorschläge hören. Dieses Verfahren scheint auf große Bereitschaft zur Mitwirkung zu stoßen und kann auch die Patienten erreichen, die einer standardisierten Befragung im Interview oder über das Ausfüllen eines Fragebogens nicht zugänglich sind. Es kann die Formulierung von Behandlungsstandards unterstützen oder organisatorische Probleme nutzergerechter lösen. Darüber hinaus ist es für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine der wenigen Möglichkeiten, „eine systematische Rückmeldung über ihre Arbeit zu bekommen, und zwar von den Menschen, für die sie arbeiten“ (RICHTER & FLEER, 2004, S. 239).

Wie schon LOCKER & DUNT (1978) feststellten, artikulieren Patienten eher Kritik, wenn sie direkt aufgefordert werden, ihre Erfahrungen und Einwände mit eigenen Worten zu äußern. Auch die hier vorgelegten, je nach thematisiertem Aspekt – Behandlung, Ausstattung, Erleben der Mitpatienten – deutlich unterschiedlich kritischen Patientenerurteile bestätigen, dass ein qualitatives Vorgehen fruchtbar sein kann. Da es sich bei den für die Patientenzufriedenheit relevanten Prozessen wie Erwartungen oder Bewertungen um „sehr komplexe subjektive Konzepte“ handelt, erscheinen flexible qualitative Methoden der Datenerhebung und ihrer Auswertung angemessener als quantitative Ansätze (JACOB & BENGEL, 2000).

4.3 Verbesserungsvorschläge der Patienten

Eine offene Befragung von Patienten zu verschiedenen Aspekten des Klinikaufenthaltes stellt ein wertvolles Instrument der Qualitätssicherung dar, insbesondere um „Schwachstellen in der psychiatrischen Versorgung“ erkennen, verbessern oder beseitigen zu können (EICHLER et al., 2006). Ihre kritischen Anregungen verdienen umso mehr Beachtung, als die individuellen Vorerfahrungen mit den Versorgungsangeboten in die Formulierung von Erwartungen und in die Bewertung von Enttäuschungen über einen aktuellen bzw. künftigen stationären Aufenthalt einfließen. Tatsächlich nahmen einige Patienten, wie z.B. im Zusammenhang mit den globalen Zufriedenheitsbekundungen in der vorliegenden Untersuchung berichtet, auf Vorbehandlungen in anderen Kliniken oder im gleichen Haus Bezug.

Angesichts knapper Ressourcen wenig überraschend, nehmen Patienten die angewachsene Belastung und eingeschränkte zeitliche Verfügbarkeit von Ärzten und Pflegepersonal wahr und wünschen – wie verschiedentlich berichtet (z.B. SWOBODA et al., 2000) – insbesondere mehr Einzelkontakte mit den behandelnden Ärzten (oder Psychologen). Übereinstimmend damit bestätigte eine inhaltsanalytische Auswertung von Erwartungen Angehöriger den ausgeprägten Wunsch nach einem „individuellen Eingehen auf die Belastungen des Patienten“ sowie nach regelmäßigen, ausführlichen Gesprächen mit den behandelnden Ärzten und Therapeuten (SPIESSL et al., 2003). Um das Pflegepersonal zu entlasten und zu unterstützen, wurden „Sonderurlaub bei Burn-out“ [02-0543] oder weitere Planstellen vorgeschlagen ebenso wie fachspezifische Fortbildungsmaßnahmen für z.B. „sachgerechte geriatrische Pflege“ [02-0661] oder, vor dem Hintergrund eines als „diktatorisch“ erlebten Umgangs, eine Schulung der Krankenpflegekräfte in kommunikativen Fähigkeiten angeraten [02-0380].

Zusätzlich zum Frühstücksbuffet sollte ein Abendbuffet eingerichtet werden, um die Kommunikation untereinander zu verbessern: „Hinzu kommt die größere Anonymität/Isolation der Patienten; die frühere Praxis [eines abendlichen Buffets] förderte die Kommunikation der Patienten untereinander nachhaltig“ [02-2462]. Wünsche wie die nach gepolsterten anstelle der üblichen Holzstühle decken sich mit den Empfehlungen, die KARLIN & ZEISS (2006) in ihrem Literaturüberblick nennen. Neben einer höheren Wohnlichkeit („homelike environment“) und größeren Privatsphäre sei mit solchen Ausstattungsverbesserungen auch eine nicht zu unterschätzende Außenwirkung verbunden: „Planning for interior design should take into account the unit’s symbolic meaning or the set of messages that the environment sends to its users. For example, having a clearly identifiable reception area and a method of greeting patients and visitors reflects customer service values and patient centeredness. Especially important in this regard is that interior design reinforces treatment goals and positive expectations of patients and staff“ (ebd. S. 1377).

Als Erweiterung des Therapieangebotes, das besonders den Aggressionen von Patienten Rechnung trägt, schlägt ein Patient vor: „Ich hätte mir oft einen Boxsack oder ein anderes sportliches Ventil zum Aggressionsabbau gewünscht, sowohl für mich als auch für Mitpatienten. Ich weiß, dass an Prof. Dr. F. dieses Anliegen schon des Öfteren gerichtet wurde und er scheinbar Gründe kennt, die dagegen sprechen. Diese würden mich sehr interessieren, da ich selber nur positive Aspekte kenne“ [02-3041].

Vereinzelt wurde auch die Übertragung von „Diensten“ an Patienten als „bedenklich“ und veränderungswürdig eingeschätzt – wenn auch differenziert die zugrunde liegende gute Absicht gewürdigt blieb: „Die Eigenverantwortlichkeit (Küchendienst) der Patienten mag aus therapeutischen Gründen wünschenswert und sinnvoll sein“, habe sich im Alltag des Zusammenlebens jedoch immer wieder als überfordernd erwiesen [01-1207].

4.4 Konsequenzen für die Versorgung

Mit Blick auf gestiegene Aufnahmezahlen, hohe Auslastung, sinkende Verweildauern, veränderte Arbeitszeitregelungen insbesondere der Ärzte und die unterschiedliche Quantität wie Qualität extramuraler Versorgungsstrukturen sind z.B. die weitere Beschneidung der Arzt-Patient-Kontakte und die mangelnde Kontinuität der Arzt-Patient-Beziehung besorgniserregend. Als Konsequenz wird z.B. von der Bundesdirektorenkonferenz Deutscher Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie (BDK) dringend eine Novellierung der Psychiatriepersonalverordnung gefordert (HAUTH, 2008). Angesichts der auch in der vorliegenden Untersuchung nachgewiesenen hohen Bedeutung kompetenter Pflege sind verstärkte Anstrengungen zu unterstützen, die Bezugspflege auszubauen, eine qualifizierte Weiterbildung des Pflegepersonals und vor allem seine angemessene Bezahlung sicherzustellen.

Selbst ein nachgewiesenes wirksames Behandlungsverfahren mit einem sehr guten Kosten-Nutzenverhältnis kann nicht viel zur Versorgungsqualität beitragen, wenn es von den Patienten u.a. wegen schlechter Erreichbarkeit, ungünstiger zeitlicher Bedingungen „oder eben aufgrund persönlicher oder gesellschaftlicher Präferenzen“ nicht angenommen wird (HANNÖVER et al., 2000). Dies betrifft in besonderem Maße die Pharmakotherapie. Bei ihrer Planung und Durchführung sind neben Leitlinien (z.B. DGPPN, 2006) die Krankheitskonzepte und Befindlichkeiten der Patienten stärker und gezielter einzubeziehen: „Die Zufriedenheit mit der Medikation sollte ein explizites Ziel der Therapie sein, Unzufriedenheit ist bekanntermaßen die häufigste Ursache für einen Behandlungsabbruch“ (SPIESSL, 2002, S. 49).

Moderne, evidenzbasierte Versorgung gerade schwer psychisch Kranker ist nach den Erfahrungen z.B. in Großbritannien und Skandinavien weniger klinikzentriert und verlässt sich weniger ausschließlich auf medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten (BRENNER et al., 2003). Allerdings belegen internationale Studien zugleich, dass kurze stationäre Aufenthalte hilfreich besonders dann sind, wenn qualitativ hochwertige Nachbetreuungsangebote in der Gemeinde sich unmittelbar an die Entlassung anschließen (CAPDEVIELLE & RITCHIE, 2008). Barrieren

für die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen (auf Seiten der Betroffenen, der Helfer und des Systems), die Schnittstellen zu anderen Hilffsystemen und neue Finanzierungsmodelle (z.B. regionales Budget, persönliches Budget) bedürfen vordringlich einer genaueren Analyse (RIEDEL-HELLER et al., 2008). Psychiatrische Versorgungssysteme sind auf verschiedenen Ebenen und „im Hinblick auf verschiedene Ergebnisperspektiven“ zu evaluieren: Aspekte der Lebensqualität und der subjektiven Bedarfsdeckung werden zunehmend neben ärztlich bestimmte Erfolgsdefinitionen treten, „was zu einer veränderten Priorisierung und Ausgestaltung der psychiatrischen Dienste im Sinne einer besseren Patientenorientierung führen dürfte“ (WEINMANN & GAEBEL, 2005, S. 820).

Ein Krankenhaus sollte Leistungen und Erlöse transparent machen, Patienten an Entscheidungsprozessen beteiligen und deren Erwartungen und Kritik systematisch einbeziehen. Kooperation zwischen medizinischen Experten und Betroffenen wird auch in der Somatik, z.B. in der Diabetes-Behandlung (z.B. LANGE, 2006) zunehmend praktiziert. Wie partnerschaftlich auch immer die Arzt-Patient-Beziehung in der Psychiatrie verändert werden kann, eine gewisse strukturelle Asymmetrie wird nicht aufzuheben sein. Aus medizinethischer Sicht setzt autonomes Handeln bestimmte psychische Fähigkeiten – z.B. Situationen und Handlungsoptionen rational überlegen und angemessen bewerten zu können – und ein Wissen von ihren eigenen Wünschen, Präferenzen und Absichten voraus. Krankheitsbedingt ist aber solche Autonomie als individuelle Entscheidungskompetenz zumindest vorübergehend zu relativieren (vgl. HUBER, 2006). Paternalistische Haltungen und medizinisches Expertenwissen eher verfestigende Ansätze wie Psychoedukation hingegen sind u.a. darin gescheitert, die Compliance psychiatrischer Patienten und den Verlauf der Erkrankung zu beeinflussen (KLIMITZ, 2006). Die Positionen von Arzt und Patient sind in Frage gestellt: soll dieser sich nicht nur auf sein medizinisches Wissen stützen, sondern auch die Patientenperspektive berücksichtigen, ist der Patient aufgefordert, sich als „Experte für seine präferierte Lebensführung“ wahrzunehmen und zu behaupten (KRUMM & BECKER, 2006). Dass solche Patientenbeteiligung bislang nur mangelhaft im Behandlungsalltag implementiert ist, liege daran, argumentieren REICHART et al. (2008, S. 116), „dass es sich um ein für Betroffene wie Ärzte sehr unübersichtliches Gebiet handelt, dass das Wissen über Rechte und Möglichkeiten auf beiden Seiten noch relativ gering ausgeprägt zu sein scheint und dass möglicherweise gerade deshalb noch Vorbehalte gegenüber einer Beteiligung speziell von psychisch Erkrankten existieren“. Die Gesundheitsreformen der letzten Jahre haben zwar die Stärkung der Patienteninteressen unterstützt – mit der Förderung der unabhängigen Patientenberatung (UPD) bzw. von in der Regel dialogisch arbeitenden Beschwerdestellen, der

Beteiligung von Patientenvertretern an Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses und der Benennung einer Patientenbeauftragten der Bundesregierung (HAMANN et al., 2008; KÜHN-MENGEL, 2008). Die einzelnen Akteure des Gesundheitswesens werden jedoch auch in Zukunft in ihrer Nutzerorientierung unterschiedliche Interessen auf verschiedenen Wegen verfolgen.

Allem betriebswirtschaftlichem Druck, Behandlungskosten zu senken, zum Trotz sind Ärzte und Therapeuten keine „Pseudounternehmer“ (BÖKER, 2003): Sie haben – die problematische Gleichsetzung von Patient und „Kunde“ trifft hier auf eine wesentliche Einschränkung – die Zweckmäßigkeit der Mittel und Interventionen auch „fürsorglich“, über bestgemeinte Marketingkonzepte hinaus zu überprüfen. Deshalb wird eine Gesellschaft, wie der Medizinethiker KICK (2006) zu Recht zu bedenken gibt, auf den „unabhängigen und insofern geschützten Status“ des Therapeuten und der therapeutischen Situation nicht verzichten können, wenn sie eine humane und zugleich qualitativ hochstehende Versorgung anstrebt. Ein alle Besonderheiten nivellierender Kundenbegriff wird schließlich einem psychiatrischen Patienten nicht gerecht, unterstellt er doch eine gerade in Krisensituationen nicht gegebene rationale, bedürfnisgerechte Wahlfreiheit.

5 Zusammenfassung

Nach einleitenden Bemerkungen zur gewachsenen Bedeutung der sog. Nutzerperspektive in der psychiatrischen Forschung und Behandlung wird das Konstrukt „Patientenzufriedenheit“ als Konzept wie auch Ziel medizinischer Behandlung definiert und theoretisch eingeordnet. Ein Literaturüberblick mit Fokus auf den letzten 10-15 Jahren berücksichtigt v.a. Arbeiten aus dem deutschen Sprachraum und diskutiert eine Reihe methodischer Fragen und Vorbehalte gegenüber der externen Validität der referierten Befunde.

Ziel der Untersuchung war es, anhand der Auswertung der frei formulierten Antworten auf eine offene Frage zu beschreiben, wie psychiatrische Patienten den Umgang mit ihnen und die stationäre Behandlung beurteilen. Lassen sich Schwerpunkte der Zufriedenheit, typische Mängel, offene Wünsche oder Verbesserungsvorschläge eingrenzen? Von den 2211 Patienten, die einen Fragebogen zum Zigarettenrauchen ausgefüllt hatten (Quote von 38,4%), äußerten sich 1229 Patienten (55,6%) zu der offenen Frage, was ihnen gefallen, was sie gestört bzw. geärgert hat. Die Untersuchungsgruppe war nicht in allen Variablen für die Gesamtheit der im Untersuchungszeitraum aufgenommenen Patienten repräsentativ: Sie befanden sich im Durchschnitt eine Woche länger in der Klinik ($p < 0,001$), schlossen weniger Patienten mit Migrationshintergrund ($p < 0,000$), aber mehr Patienten mit alkoholbezogenen Störungen und mit affektiven Erkrankungen ein. Vor dem Hintergrund des vermehrten Interesses in der Sozialpsychiatrie an qualitativer Forschung wurden in der vorliegenden Arbeit die Antworten über die zusammenfassende Inhaltsanalyse nach MAYRING (2003) qualitativ ausgewertet und anschließend wurden die so gewonnenen Globalaussagen bzw. Kategorien in eine Rangfolge nach der Häufigkeit ihrer Nennung gebracht.

Inhaltlich ließen sich die Aussagen der Patienten zu 55 globalen Aussagen zusammenfassen und 5 Kategorien zuordnen. Bezogen auf das Gesamt der ausgewerteten 2606 Aussagen fielen die Einschätzungen der Befragten überwiegend positiv aus. Die Bewertungen unterscheiden sich jedoch deutlich danach, welche Aspekte der erfahrenen Behandlung und des stationären Aufenthaltes beurteilt wurden. Die Patienten nahmen vornehmlich zur Behandlung Stellung: Die 1848 Aussagen der Kategorien „Umgang und Behandlung“ sowie „Globale Zufriedenheit“ und „Globale Unzufriedenheit“ umfassen mit 70,9% über 2/3 aller Aussagen – die 1300 Aussagen der Kategorie „Umgang und Behandlung“ alleine 49,9%. Im Zentrum der Patientenzufriedenheit stand wesentlich die Beziehung zu den Schwestern und Pflegern sowie den Ärzten: 73% der

Patientenaussagen bezogen sich auf das Verhalten dieser beiden Berufsgruppen – und zu 74% (705 Aussagen) waren die Bemerkungen anerkennend. Positive Äußerungen über die Betreuung durch das Pflegepersonal (neben ihrem hohen Engagement der freundliche und verständnisvolle Umgang) fanden sich doppelt so häufig wie ein Lob der ärztlichen Behandlung (ihre Kompetenz). Das Therapieangebot wurde ähnlich häufig positiv wie negativ bewertet. Im Mittelpunkt der Unzufriedenheit stand sein zu geringer Umfang insbesondere an Wochenende und Feiertagen, während es positiv als individuell und hilfreich eingeschätzt wurde. Die Klinikausstattung wurde deutlich häufiger kritisiert (62,7%) als gelobt (37,3%). Die Patienten zeigten sich v.a. mit der ungemütlichen Atmosphäre z.B. im Nichtraucherraum unzufrieden und bemängelten die unzureichenden Freizeit- bzw. Beschäftigungsmöglichkeiten sowie die Unterbringung in Mehrbettzimmern als Beschneidung ihrer Privatheit. Zufrieden äußerten sie sich insbesondere über die Verpflegung. Auf das Zusammenleben auf der Station bezogen sich insgesamt nur unter 10% der Antworten: die Mitpatienten wurden deutlich überwiegend als egoistisch, unordentlich und störend laut empfunden; nur wenige (23%) lobten die neuen Kontakte und die erfahrene Hilfsbereitschaft.

Die Ergebnisse wurden sodann in ihren, verglichen mit einem quantitativen Untersuchungsansatz, differenzierteren Befunden im Kontext der Literatur diskutiert. Veränderungsvorschläge der Patienten und die Konsequenzen eines verstärkten Einbezugs der Nutzerperspektive für die Versorgung psychisch kranker Menschen wurden einer als unzureichend bewerteten, einseitig ökonomischen Betrachtung abschließend gegenüber gestellt.

6 Literaturverzeichnis

- Angermeyer MC, Matschinger H. Have there been any changes in the public's attitudes toward psychiatric treatment? Results from representative population surveys in Germany in the years 1990 and 2001. *Acta Psychiatr Scand* 2005;**111**:68-73.
- Angermeyer MC, Kilian R. Qualitative Forschung in der Sozialpsychiatrie. *Psychiat Prax* 1995;**22**:89-90.
- Baune BT, Arolt V. Psychiatrische Epidemiologie und Bevölkerungsmedizin. Prinzipien der Versorgungsforschung. *Nervenarzt* 2005;**76**:633-646.
- Bayer W, Längle G. Auswirkungen der Befragungsmethode auf die Angabe von Wirkungen und Nebenwirkungen von Antipsychotika. *Psychiat Prax* 2008;**35**:233-239.
- Beck T, Braun G, Dannenmaier G et al. KTQ-Manual für den Krankenhausbereich, Version 5.0 (3. Aufl.). Düsseldorf: Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft.
- Böker W. Psychiatrie als Produkt. *Krankenhauspsychiatrie* 2003;**14**:79.
- Bohnsack R. Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in qualitative Methoden. Opladen: Leske & Budrich, 2003.
- Brenner HD, Rössler W, Fromm U. Die moderne evidenzbasierte psychiatrische Versorgung: Welchen Weg nimmt die institutionelle Schweizer Psychiatrie? *Schweiz Ärzte* 2003;**84**:1777-1786.
- Brown C, Lloyd K. Qualitative methods in psychiatric research. *Advan Psychiat Treatment* 2001;**7**:350-356.
- Capdevielle D, Ritchie K. The long and the short of it: are shorter periods of hospitalisation beneficial? *Br J Psychiatry* 2008;**192**:164-165.
- Croghan TW, Tomlin M, Pescosolido BA, et al. American attitudes toward and willingness to use psychiatric medications. *J Nerv Ment Dis* 2003;**191**:166-174.
- Department of Health. Working partnerships. Consumers in research Third Annual Report. London: Department of Health, 2000.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Darmstadt: Steinkopff, 2006.
- Duttweiler S. Vom Patienten zum Kunden? Ambivalenzen einer aktuellen Entwicklung. *Psychotherapeut* 2007;**52**:121-126.
- Eichler T, Schützwohl M, Glöckner M, Matthes C, Kallert TW. Patientenbewertungen tagesklinischer und vollstationärer akutpsychiatrischer Behandlung. *Psychiat Prax* 2006;**33**:184-190.
- Elbeck M, Fecteau G. Improving the validity of measures of patient satisfaction with psychiatric care and treatment. *Hosp Community Psychiatry* 1990;**41**:998-1001.

- Englert I, Englert GLM. Schnittstellenproblematik am Übergang stationärer zu ambulanter Behandlung in der Psychiatrie: ein „kundenorientierter“ Lösungsversuch mit Hilfe von Qualitätsmanagementmethoden. *Psychiat Prax* 2007;**34**(Suppl1):S130-S132.
- Erzberger C, Derivaux JC, Ruhstrat EU. Der zufriedene Patient? Die auffallend positive Bewertung von Krankenhausleistungen durch die Patienten. *MMG* 1989;**14**: 140-145.
- Fähndrich E, Kieser C. Zigarettenrauchen als Problem des Zusammenlebens auf psychiatrischen Stationen. Was denken die Patienten darüber? *Psychiat Prax* 2003;**30**: 68-71.
- Fähndrich E, Pieters V. Wie beurteilen gerontopsychiatrische Patienten ihren Aufenthalt in einer psychiatrischen Fachabteilung im Allgemeinkrankenhaus. *Psychiat Prax* 2001;**28**:94-97.
- Fähndrich E, Smolka M. Die psychiatrische Abteilung im Urteil der Patienten. *Psychiat Prax* 1998;**25**:72-75.
- Fenwick E, Byford S. A guide to cost-effectiveness acceptability curves. *Br J Psychiatry* 2005;**187**:106-108.
- Flick U. Qualitative Forschung in der Sozialpsychiatrie – Methoden und Anwendungen. *Psychiat Prax* 1995;**22**:91-96.
- Fossey E, Harvey C, McDermott F, et al. Understanding and evaluating qualitative research. *Aust N Z J Psychiatry* 2002;**36**:717-732.
- Freudenmann RW, Spitzer M. Computergestützte Patientenbefragungen als Grundlage für eine moderne Qualitätssicherung in der Psychiatrie. *Nervenarzt* 2001;**72**:40-51.
- Fricke R. Nicht ohne uns – Personenzentrierter Ansatz und Selbsthilfe. In Schmidt-Zadel R, Kunze H, Aktion Psychisch Kranke, eds. *Die Zukunft hat begonnen. Personenzentrierte Hilfen – Erfahrungen und Perspektiven*. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2004: 52-62.
- Gaebel W. Psychiatrie ohne Psychopathologie? *Psychiatrie* 2006;**3**:195-196.
- Garman AN, Garcia J, Hargreaves M. Patient satisfaction as a predictor of return-to-provider behavior: analysis and assessment of financial implications. *Q Manage Health Care* 2004;**13**:75-80.
- Gesell SB, Wolosin RJ. Inpatients' ratings of care in 5 common clinical conditions. *Q Manage Health Care* 2004;**13**:222-227.
- Gesellschaften der Alexianerbrüder. *Leitsätze der Abteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie der von den Gesellschaften der Alexianerbrüder getragenen Krankenhäuser*. Berlin: Eigenverlag, 2002.
- Green J, Britten N. Qualitative research and evidence based medicine. *BMJ* 1998;**316**:1230-1232.
- Greenwood N, Key A, Burns T, Bristow M, Sedgwick P. Satisfaction with in-patient psychiatric services. *Br J Psychiatry* 1999;**174**:159-163.

- Gruyters T, Priebe S. Die Bewertung psychiatrischer Behandlung durch die Patienten – Resultate und Probleme der systematischen Erforschung. *Psychiat Prax* 1994;**21**:88-95.
- Gutknecht H. Die Bewertung tagesklinischer Behandlung durch die Patienten - Aspekte der Behandlungserfahrungen und erlebte Veränderungen. *Psychiat Prax* 2005;**32**:342-348.
- Härter M, Sitta P, Keller F, et al. Externe Qualitätssicherung bei stationärer Depressionsbehandlung. *Dtsch Ärzteb* 2004;**101**:1970-1974.
- Hahnefeld WL, Kallert TW. Diagnosegruppenspezifische Bewertung von Therapieelementen einer psychiatrischen Tagesklinik aus Patienten- und Therapeutesicht. *Krankenhauspsychiatrie* 2005;**16**:149-156.
- Hamann J, Mendel RT, Lienert A, Uebele G, Kissling W. Patientenfürsprecher und unabhängige Beschwerdestellen für Nutzer psychiatrischer Dienste – eine deutschlandweite Umfrage. *Psychiat Prax* 2008;**35**:122-127.
- Hamann J, Langer B, Winkler V, Busch R, Cohen R, Leucht S, Kissling W. Shared decision making for in-patients with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2006;**114**:265-273.
- Hannöver W, Dogs CP, Kordy H. Patientenzufriedenheit – ein Maß für Behandlungserfolg? *Psychotherapeut*;45:292-300.
- Hauth I. Mitteilungen aus der Bundeskonferenz Deutscher Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie. *Psychiat Prax* 2008;**35**:51.
- Health Consumer Powerhouse. EHCI 2007 report, 2007. (Accessed August 21, 2007, at <http://www.healthpowerhouse.com>.)
- Hegerl U, Althaus D, Stefanek J. Public attitudes toward treatment of depression: effects of an information campaign. *Pharmacopsychiat* 2003;**36**:288-91.
- Henderson C, Phelan M, Loftus L, Dall’Agnola R, Ruggeri M. Comparison of patient satisfaction with community-based vs. hospital psychiatric services. *Acta Psychiatr Scand* 1999;**99**:188-195.
- Hilger H. Qualität ist das Gegenteil von Zufall. *Alexianer-Forum* 2006;**8**:14-15.
- Howard L, Thornicroft G. Patient preference randomised controlled trials in mental health research. *Br J Psychiatry* 2006;**188**:303-304.
- Huber L. Patientenautonomie als nichtidealisierte „natürliche Autonomie“. *Ethik Med* 2006;**18**:133-147
- Jacob G, Bengel J. Das Konstrukt Patientenzufriedenheit: Eine kritische Bestandsaufnahme. *Z Klin Psych Psychother* 2000;**48**:280-301
- Janssen B, Jänner M, Schneider F, et al. Qualitätsindikatoren der stationären Behandlung schizophrener Patienten. *Psychiat Prax* 1998;**25**:302-309.
- Janssen B, Burgmann C, Habel U, et al. Externe Qualitätssicherung der stationären Behandlung schizophrener Patienten. *Nervenarzt* 2000;**71**:364-372.

- Jones PB, Barnes TRE, Davies L, et al. Randomized controlled trial of the effect on quality of life of second- vs. first-generation antipsychotic drugs in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2006;**63**:1079-1087.
- Kämmerer-Rütten U. Die „User“-Bewegung. *Soziale Psychiatrie* 1996;**20**:14-15.
- Kaiser C, Johannsen R. Führung und Qualität in verschiedenen Facetten. *Gesundh ökon Qual manag* 2005;**10**:272-276.
- Kaiser W, Burow S, Dahms M, et al. Interviewereffekte bei der Erhebung subjektiver Lebensqualität und der Zufriedenheit mit der Betreuung im Betreuten Wohnen. *Psychiat Prax* 1998;**25**:142-148.
- Kallert TW. Braucht psychiatrische Versorgungsforschung randomisierte kontrollierte Studien? *Psychiat Prax* 2005;**32**:375-377.
- Kallert TW. Patientinnen mit depressiven Erkrankungen bewerten nach Entlassung die therapeutischen Angebote einer psychiatrischen Klinikbehandlung. *Psychiat Prax* 1991;**18**:178-185.
- Karlin BE, Zeiss RA. Environmental and therapeutic issues in psychiatric hospital design: toward best practices. *Psychiatr Serv* 2006;**57**:1376-1378.
- Kavanagh S, Knapp M. Costs and cognitive disability: modelling the underlying associations. *Br J Psychiatry* 2002;**180**:120-125.
- Keller F, Schäfer S, Konopka L, Naumann A, Fegert JM. Behandlungszufriedenheit von Kindern in stationär-psychiatrischer Behandlung: Entwicklung und psychometrische Eigenschaften eines Fragebogens. *Krankenhauspsychiatrie* 2004;**15**:3-8.
- Kick HA. Ethische Verantwortung des Therapeuten: Gesundheit und Krankheit können keinen Warencharakter annehmen. *Dtsch Ärzteb* 2006;**103**(18):A 1206-1208.
- Kingman S. Users criticise psychiatric care. *BMJ* 1993;**306**:1225.
- Klimitz H. Psychoedukation – Psychotherapie oder „Unterwanderung“? *Psychiat Prax* 2006;**33**:372-379.
- Knuf A. Empowerment in der psychiatrischen Arbeit. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2006.
- König HH. Messung von Patientenpräferenzen in der Psychiatrie. *Psychiat Prax* 2004;**31**:118-127.
- Kossow KD. Innovation im Spannungsfeld von wissenschaftlich-technischen Potenzialen und sozialer Gestaltung – aus der Sicht der Patienten. In: Hey M, Maschewsky-Schneider U, eds. *Kursbuch Versorgungsforschung*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2006: 78-88.
- Krüger M, Schmidt-Michel PO. Die therapeutischen Gruppenangebote der Psychiatrischen Tagesklinik Friedrichshafen. *Krankenhauspsychiatrie* 2005;**16**:157-161.

- Krumm S, Becker T. Der Einbezug von Nutzern psychiatrischer Angebote in die psychiatrische Versorgungsforschung. *Psychiat Prax* 2006;**33**:59-66.
- Kucharski R. Innovation der psychiatrischen Krankenhausbehandlung: Was die Psychiatrie-Erfahrenen von den Kliniken erwarten. In: Schmidt-Zadel R, Kunze H, Aktion Psychisch Kranke, eds. *Mit und ohne Bett: personenzentrierte Krankenhausbehandlung im Gemeindepsychiatrischen Verbund*. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2002: 200-208.
- Kuckartz U. WINMAX 97: Handbuch zum Textanalysesystem MAX für WINDOWS 95. Berlin: Büro für Softwareentwicklung und Sozialforschung, 1997.
- Kühn-Mengel H. Ausbau der Patientenberatung: bei psychischen Erkrankungen von besonderer Bedeutung. *Psychiat Prax* 2008;**35**:107.
- Kunze H, Kruckenberg P. (eds.). *Von institutions- zu personenbezogenen Hilfen in der psychiatrischen Versorgung*. Bd. 2: Ambulante Komplexleistungen. Baden-Baden: Nomos, 1999.
- Längle G, Bayer W. Psychiatrische Zwangsbehandlung und die Sichtweise der Patienten. *Psychiat Prax* 2007;**34**(Suppl.2):S203-S207.
- Längle G, Schwärzler F, Eschweiler GW, et al. Der Tübinger Bogen zur Behandlungszufriedenheit (TÜBB 2000). Ein Instrument zur Qualitätsentwicklung in psychiatrischen Kliniken. *Psychiat Prax* 2002;**29**:83-89.
- Lange K. Förderung der eigenverantwortlichen Therapie bei Typ-2-Diabetes. *Diabetologe* 2006;**2**:484-492.
- Lasalvia A, Ruggeri M. Assessing the outcome of community-based psychiatric care: building a feedback loop from 'real world' health services into clinical practice. *Acta Psychiatr Scand* 2007;**116**(Suppl.437):6-15.
- Laugharne R, Priebe S. Trust, choice and power in mental health: A literature review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006;**41**:843-852.
- Laupichler K, Peukert R. Worauf wir Psychiatrie-Erfahrenen und wir Angehörigen uns verlassen wollen! Gemeinsames mit gewichtigen Differenzen. In: Aktion Psychisch Kranke, Schmidt-Zadel R, Kunze H, Peukert R, eds. *Worauf Du Dich verlassen kannst! Gute Praxis und Ökonomie verbinden*. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2006: 54-72.
- Leimkühler AM, Müller U. Patientenzufriedenheit – Artefakt oder soziale Tatsache? *Nervenarzt* 1996;**67**:765-773.
- Kilian R. Die Anwendung der Kosteneffektivitätsanalyse in der psychiatrischen Versorgungsforschung: Methodische Probleme und Lösungsansätze. *Psychiat Prax* 2007;**34**(Suppl.1):S138-S139.
- Leimkühler AM. Die Qualität klinischer Versorgung im Urteil der Patienten. In: Gabel W. *Qualitätssicherung im psychiatrischen Krankenhaus*. Wien, New York: Springer; 1995:163-172.

- Lippert E, Aigner JM, Grohmann R, et al. Anwendungshäufigkeiten und Dosierungen von Psychopharmaka an psychiatrischen Versorgungskrankenhäusern. *Psychopharmakotherapie* 1996;**3**:178-183.
- Lisch R, Kriz J. Grundlagen und Modelle der Inhaltsanalyse. Reinbek: Rowohlt, 1978.
- Locker D, Dunt D. Theoretical and methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with medical care. *Soc Sci Med* 1978;**12**:283-292.
- Maltzahn Ov. Der psychiatrische Patient, der Kunde in der Psychiatrie und die Ethik. *Krankenhauspsychiatrie* 2004;**15**:90-91.
- Marshall M, Gray A, Lockwood A, et al. Case management for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev.* 1998.
- McAndrew S, Samociuk GA. Gemeinsam reflektieren: Die Entwicklung einer neuen Strategie, um Nutzer dauerhaft in die Ausbildung von psychiatrischen Pflegefachkräften einzubeziehen. *Psych Pflege* 2005;**11**:187-192.
- McCourt C. Life after hospital closure: user's views of living in residential 'resettlement' projects. A case study in consumer-led research. *Health Expectations* 2000;**3**:192-202.
- Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken (8. Aufl.). Weinheim: Beltz, 2003.
- Mays N, Pope C. Qualitative research in health care: Assessing quality in qualitative research. *BMJ* 2000;**320**:50-52.
- Möller-Leimkühler AM, Dunkel R. Zufriedenheit psychiatrischer Patienten mit ihrem stationären Aufenthalt. *Nervenarzt* 2003;**74**:40-47.
- Müller, MJ. Verschiedene Applikationsformen für Psychopharmaka: Einstellungen von Patienten und Mitarbeitern einer psychiatrischen Klinik. *Psychopharmakotherapie* 2007;**14**: 70-75.
- Müller-Spahn F. Behandlung und Versorgung psychisch Erkrankter – quo vadis? *Psychiatrie* 2006;**3**:125-126.
- Mrozynski P. Sozialpsychiatrie, Recht und Ökonomie im Diskurs: Verbindlichkeit und Überprüfung von Qualität II. In: Aktion Psychisch Kranke, Schmidt-Zadel R, Kunze H, Peukert R, eds. Worauf Du Dich verlassen kannst! Gute Praxis und Ökonomie verbinden. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2006: 95-102.
- Press I. Editorial: The measure of quality. *Q Manage Health Care* 2004;**3**:202-209.
- Reichhart T, Kissling W, Scheuring E, Hamann J. Patientenbeteiligung in der Psychiatrie – eine kritische Bestandsaufnahme. *Psychiat Prax* 2008;**35**:111-121.
- Rentrop M, Böhm A, Kissling W. Patientenzufriedenheit mit stationär psychiatrischer Behandlung: Historische Entwicklung, Methoden und Ergebnisse im Überblick der internationalen Literatur. *Fortschr Neurol Psychiat* 1999;**67**:456-465.

- Richter D, Fler B. Fokusgruppen als Evaluationsinstrument der Zufriedenheit mit der psychiatrischen Behandlung. *Gesundh ökon Qual manag* 2004;**9**:236-240.
- Riedel-Heller S, Bramesfeld A, Roick C, Becker T, König HH. Der Ruf nach mehr Versorgungsforschung. *Psychiat Prax* 2008;**35**:157-159.
- Ritsert J. Inhaltsanalyse und Ideologiekritik. Ein Versuch über kritische Sozialforschung. Frankfurt: Athenäum, 1972.
- Rössler W. Psychiatrische Versorgung nach Maß? *Psychiatrie* 2006;**3**:128-134.
- Rogausch A, Kapmeyer A, Tenbieg A, Himmel W. Die Rolle des Hausarztes in der ambulanten Schizophreniebehandlung aus Sicht von Patienten. *Psychia Prax* 2008;**35**:194-197.
- Rogers ES, Chamberlin J, Ellison ML, Crean T. A consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. *Psychiatr Serv* 1997;**48**:1042-1047.
- Rose D, Wykes T, Bindman J, Fleischmann P. Information, consent, and perceived coercion: patients' perspectives on electroconvulsive therapy. *Br J Psychiatry* 2005;**186**:54-59.
- Ruggeri M. Patient's and relatives' satisfaction with psychiatric services: the state of the art of its measurement. *Soc Psychiatr Epidemiol* 1994;**29**:212-227
- Ruggeri M, Lasalvia A, Salvi G, et al. Applications and usefulness of routine measurement of patients' satisfaction with community-based mental health care. *Acta Psychiatr Scand* 2007;**116**(Suppl.437):53-65.
- Scheibler F, Pfaff H. Shared Decision Making: Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess. Weinheim: Juventa, 2003.
- Schmid R, Spiessl H, Cording C. Zwischen Verantwortung und Abgrenzung: emotionale Belastungen von Angehörigen psychisch Kranker. *Psychiat Prax* 2005;**32**:272-280.
- Schmidt J, Lamprecht F, Wittmann WW. Zufriedenheit mit der stationären Versorgung. Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen. *Psychother Psychosom Med Psychol* 1989;**39**:248-255.
- Schmidt-Zadel R, Kunze H, Aktion Psychisch Kranke (eds.). Die Zukunft hat begonnen. Personenzentrierte Hilfen – Erfahrungen und Perspektiven. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2004.
- Schmidt-Zadel R, Kunze H, Aktion Psychisch Kranke (eds.). Mit und ohne Bett: personenzentrierte Krankenhausbehandlung im Gemeindepsychiatrischen Verbund. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2002.
- Schröder KT. Grußwort. In R. Schmidt-Zadel, H. Kunze, Aktion Psychisch Kranke, eds. Mit und ohne Bett: personenzentrierte Krankenhausbehandlung im Gemeindepsychiatrischen Verbund. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2002: 12-14.
- Schützwohl M, Glöckner M, Matthes C, Eichler T, Kallert T. Die Belastung von Bezugspersonen voll- und teilstationär behandelter psychisch Erkrankter. *Psychiat Prax* 2005;**32**:281-288.

- Shiple K, Hilborn B, Hansell A, Tyrer P. Patient satisfaction: a valid index of quality of care in psychiatric service. *Acta Psychiatr Scand* 2000;**101**:330-333.
- Siegrist K, Schlebusch P, Trenckmann U. Fragen wir den Kunden: Patientenzufriedenheit und Qualitätsentwicklung. *Psychiatr Prax* 2002;**29**:201-206.
- Smolka M, Klinitz H, Scheuring B, Fähndrich E. Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie aus Sicht der Patienten. Eine prospektive Untersuchung. *Nervenarzt* 1997;**68**:888-894.
- Spießl H, Schmid R, Binder H, Cording C. Die (Un-)Zufriedenheit von Angehörigen mit der psychiatrischen Klinik. *Krankenhauspsychiatrie* 2005;**16**:97-101.
- Spießl H, Schmid R, Vukovich A, Cording C. Erwartungen von Angehörigen an die psychiatrische Klinik. *Psychiatr Prax* 2003;**30**:51-55.
- Spießl H, Spießl A, Cording C. Die „ideale“ stationär-psychiatrische Behandlung aus Sicht der Patienten. *Psychiatr Prax* 1999;**26**:3-8.
- Spießl H, Krischker S, Spindler P, et al. Patientenzufriedenheit im psychiatrischen Krankenhaus. *Krankenhauspsychiatrie* 1996;**7**:1-5.
- Spießl H. Stellenwert von Psychopharmaka in der psychiatrischen Klinik: Die Sicht der Patienten. *Psychopharmakotherapie* 2002;**9**:46-49.
- Stamm K, Merkel S, Mann K, Salize HJ. Welche Kosten verursachen alkoholkrank Versicherte? – Eine Analyse aus Sicht einer Betriebskrankenkasse. *Psychiatr Prax* 2007;**34**:194-199.
- Swartz MS, Wagner HR, Swanson JW, Elbogen EB. Consumer's perceptions of the fairness and effectiveness of mandated community treatment and related pressures. *Psychiatr Serv* 2004;**55**:780-785.
- Swoboda E, Kühnel B, Wanders R, König P. Zufriedenheit der Patienten mit der psychiatrischen Versorgung im Krankenhaus. *Krankenhauspsychiatrie* 2000;**11**:13-20.
- Tanzman B. An overview of surveys of mental health consumers' preferences for housing and support services. *Hosp Com Psychiatry* 1993;**44**:450-455.
- Terporten D, Berndt A, Seiffarth H, Wiese N, Wüstenberg I, Priebe S. Die Nutzerperspektive untersucht von Nutzern psychiatrischer Einrichtungen. *Psychiatr Prax* 1995;**22**:117-118.
- Trivedi P, Wykes T. From passive subjects to equal partners: qualitative review of user involvement in research. *Br J Psychiatry* 2002;**181**:468-472.
- Ulich E. Arbeitspsychologie. Stuttgart: Schäffer-Poeschel, 1998.
- Vicente B, Vielma M, Jenner FA, Mezzina R, Lliapas I. Users' satisfaction with mental health services. *Int J Soc Psychiatry* 1993;**39**:121-130.
- Virit O, Ayar D, Savas HA, Yumru M, Selek S. Patients' and their relatives' attitudes toward electroconvulsive therapy in bipolar disorder. *J ECT* 2007;**23**:255-259.

- Weinmann S, Gaebel W. Versorgungserfordernisse bei schweren psychischen Erkrankungen: Wissenschaftliche Evidenz zur Integration von klinischer Psychiatrie und Gemeindepsychiatrie. *Nervenarzt* 2005;**76**:809-821.
- Wells KB, Schoenbaum M, Duan N, Miranda J, Tang L, Sherbourne C. Cost-effectiveness of quality improvement programs for patients with subthreshold depression or depressive disorder. *Psychiatr Serv* 2007;**58**:1269-1278.
- Williams SJ, Calnan M. Convergence and divergence: Assessing criteria of consumer satisfaction across general practice, dental and hospital care settings. *Soc Sci Med* 1991;**33**: 707-716.
- Williams B, Wilkinson G. Patient satisfaction in mental health care. *Br J Psychiatry* 1995;**166**:559-562.
- Williams B, Coyle J, Healy D. The meaning of patient satisfaction: An explanation of high reported levels. *Soc Sci Med* 1998;**47**:1351-1359
- World Health Organization (2005). Mental health declaration for Europe. Facing the challenges, building solutions. <http://www.euro.who.int/document/mnh/edoc06.pdf>, 30-3-2006.

Anlage 1: Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Anlage 2: Erklärung an Eides Statt

„Ich, Sieglinde Raguss-Klinitz, erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertationsschrift mit dem Thema: „Erwartungen psychiatrischer Patienten an die Klinik, eine Qualitative Untersuchung der Patientenzufriedenheit“, selbst verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt, ohne die (unzulässige) Hilfe Dritter verfasst und auch in Teilen keine Kopien anderer Arbeiten dargestellt habe.“

27.10.2008

Datum



Unterschrift

Anlage 3: Danksagung

Mein Dank gilt zuallererst Herrn Prof. Dr. med. E. Fähndrich für seine unermüdliche und zuverlässige Betreuung dieser Arbeit.

Ganz besonders dankbar bin ich auch für die Zeit als Assistenzärztin unter seiner chefärztlichen Leitung der psychiatrischen Klinik in Neukölln.

Professor Fähndrich war mir prägendes Vorbild im professionellen und mitmenschlichen Umgang, sowohl mit Patienten als auch Mitarbeitern und Kollegen.

Meinem Mann danke ich von Herzen für die liebevolle Unterstützung zu Hause, bei der Versorgung unserer Kinder. Ohne seinen Einsatz wäre es mir weder möglich gewesen diese Arbeit zu schreiben, noch meine Facharztausbildung abzuschließen.