

Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Geschäftsführender Direktor: Professor Dr. med. Tilo Kircher

des Fachbereichs Medizin der Philipps-Universität Marburg

in Zusammenarbeit mit der Elbe Kliniken Stade – Buxtehude GmbH

Erfassung der Patientenzufriedenheit in der stationären und
teilstationären psychiatrischen Behandlung einer
Abteilungspsychiatrie in einem Klinikum der Schwerpunktversorgung

Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der gesamten
Humanmedizin

dem Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg

vorgelegt von

Anna Maria Wolak aus Mielec

Marburg, 2012

Angenommen vom Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg
am: 19.09.2012

Gedruckt mit Genehmigung des Fachbereiches

Dekan: Prof. Dr. M. Rothmund

Referent: Prof. Dr. M. Huber

Korreferent: PD Dr. F. Theisen

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1 Einleitung.....	4
1.1 Literaturübersicht.....	8
1.1.1 Patientenzufriedenheit als Qualitätskriterium.....	8
1.1.2 Konzeptuelle und methodische Probleme der Zufriedenheitsforschung.....	11
1.1.3 Ergebnisse der Patientenzufriedenheitsforschung.....	15
1.2 Ziel der Untersuchung.....	27
2 Versorgungssituation im Landkreis Stade.....	28
2.1 Das Krankenhaus.....	28
2.2 Landkreis Stade.....	29
2.3 Geschichte der Psychiatrie in Stade.....	30
2.4 Vergleich der Kliniken aus der Region.....	33
3 Methodik.....	36
3.1 Untersuchungsinstrumente.....	36
3.1.1 ZUF-8.....	36
3.1.2 BADO.....	40
3.2 Ablauf der Untersuchung.....	41
3.3 Datenanalysen.....	43

4	Ergebnisse.....	45
4.1	Deskriptive Statistik.....	45
4.2	Korrelationen.....	51
4.3	Offene Frage.....	53
5	Diskussion.....	54
5.1	Patientenzufriedenheit.....	54
5.2	Methodische Probleme.....	61
5.3	Konsequenzen für die Versorgung.....	63
6	Zusammenfassung.....	67
7	Literaturverzeichnis.....	71
8	Anhang.....	82
8.1	ZUF-8.....	83
8.2	BADO.....	84
8.3	GAF.....	86
9	Anlagen.....	87
	Verzeichnis der akademischen Lehrer.....	87
	Danksagung.....	89

1 Einleitung

Die Erfassung der Patientenzufriedenheit und Bewertung medizinischer Behandlungen durch die Patienten haben in letzten Jahrzehnten zunehmend an Bedeutung gewonnen und sind ein wichtiges Thema in der Versorgungsforschung und Qualitätssicherung.

Qualitätssicherung wurde in Deutschland für therapeutische Einrichtungen 1989 im Sozialgesetzbuch im Gesundheitsreformgesetz vorgeschrieben. Qualitätssichernde Maßnahmen in der medizinischen Versorgung sind im Gesundheitsstrukturgesetz aus dem Jahr 1993 verbindlich vorgesehen. Als gesetzliche Grundlage dient hier der § 135a, der sagt: „(1) Die Leistungserbringer sind zur Sicherung und Weiterentwicklung von Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden“. (2) Die Leistungserbringer sind daher verpflichtet, „1. sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern und 2. einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln.“ Der § 137 präzisiert die qualitätssichernden Maßnahmen und fordert eine vergleichende Qualitätsprüfung, indem er Krankenhäuser zur Veröffentlichung im Abstand von zwei Jahren eines strukturierten Qualitätsberichtes verpflichtet (Gesundheitsstrukturgesetz, 1993). Angestrebt wird durch diese Regelungen, über anwendbare Qualitätssicherungsmaßnahmen einen gleichmäßig hohen medizinischen Leistungsstandard in der ambulanten und stationären Versorgung zu garantieren.

Qualität wird nach DIN ISO 8402 definiert als „Gesamtheit der Merkmale, die eine Einheit zur Erfüllung vorgegebener Forderungen geeignet macht“. Der Begriff der Qualität spricht also zuerst über den Wert oder Güte einer Dienstleistung, aber mit Qualität ist „auch die Vergleichbarkeit von Leistungen gemeint“ (Mrozynski, 2006). Ein Leitfadens für Qualitätsmanagement kommt von der DIN ISO 9004-Definition: „Vereinfacht gesagt ist Qualität das Verhältnis zwischen realisierter Beschaffenheit (Ist) und geforderter Beschaffenheit (Soll). Qualität kann dabei als mehrdimensionales Konstrukt betrachtet werden, das man nicht an sich messen, sondern nur über unterschiedliche Indikatoren – jeweils ausschnittsweise – erfassen kann“ (Nübling, Schmidt, 1999). Nach Donabedian (1966) wird die Qualitätssicherung in der Medizin als mehrdimensionales Konstrukt mit drei Ebenen: Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität bezeichnet. Dabei ist „die Ergebnisqualität (Outcome) (...) der anschaulichste und wichtigste Aspekt medizinischer Qualität, weil er für Therapeut, Patient und Wissenschaftler unmittelbar relevante Qualitätsindikatoren bereitstellt“ (Freudemann, Spitzer, 2001). In den Studien spiegeln die meisten ausgewählten Indikatoren die Therapeutenperspektive. In letzter Zeit kommen jedoch im Gesundheitssystem, im Sinne einer größeren Kundenorientierung, Forderungen nach stärkerer Patientenbeteiligung, bzw. Einbeziehung der Patientenperspektive. Denn nach DIN ISO 9000 ist „die Beurteilung durch die Kunden (...) das endgültige Maß für die Qualität einer Dienstleistung“.

Die Qualität ist „nur im Hinblick auf vorgegebene Standards beurteilbar“ (Gaebel, 1995). Die Qualitätsprüfung kann durch externe Stellen oder durch die jeweilige Einrichtung selbst durchgeführt werden – sofern unterscheidet man zwischen externer und interner Qualitätssicherung. Die festgelegten Standards – Qualitätsindikatoren – müssen dabei objektivierbar und messbar sein. Die geeigneten Messgrößen müssen identifiziert und in ihrer Gewichtung nach Bedeutung für die Qualitätssicherung überprüft werden, um dann als

vergleichbare Qualitätsstandards verwendet werden zu können (Kistner et al., 1996).

In der somatischen Medizin dienen schon lange als Qualitätsindikatoren dokumentierte und statistische ausgewertete Größen wie Hospitalisierungsdauer, Komplikationsraten, postoperative Infektionsraten, Rezidivraten oder Mortalitätsraten. In der Psychiatrie ist es schwieriger als in somatischen Fächern reliable und aussagekräftige klinische Merkmale zu finden. „Qualitätssicherung in der Psychiatrie findet deshalb gegenwärtig noch weniger durch den Vergleich von Qualitätsindikatoren statt, sondern eher mit den klassischen Methoden der Supervision, der Verbesserung psychiatrischer Versorgungsstrukturen oder der Weiterbildung“ (Rentrop et al., 1999). Insbesondere im Bereich der Ergebnisqualität ist es schwer, objektive Qualitätsindikatoren zu benennen. Eine Möglichkeit, solche messbaren Größen in einem vergleichbaren, standardisierten System zu erheben und zu dokumentieren, ist BADO (psychiatrische Basisdokumentation). Dort werden administrative Daten, klinische Beobachtungen, Skalenwerte erfasst, die als Qualitätsindikatoren der psychiatrischen Versorgung dienen können (Wetterling et al., 1997), wie beispielsweise Auftreten von Medikamentennebenwirkungen, Grad der psychosozialen Kompetenz, erfasst als GAF – Global Assessment of Functioning oder Grad der Beeinträchtigung durch die Erkrankung (Jones et al., 1995), Rückgang der Symptomatik, Therapieerfolg, erfasst mit der CGI – Clinical Global Impressions (Guy, 1976). Diese Daten und Merkmale sind hilfreich, haben jedoch einen entscheidenden Nachteil: Sie zeigen nicht ausreichend die Qualität der therapeutischen Beziehung, die eine zentrale Bedeutung in der Behandlung der psychisch Kranken hat. Zudem spiegeln sie nur die Behandlerperspektive und beachten nicht die Sichtweise der Nutzer der Therapieangebote, die einen hohen Stellenwert – „Kundenorientierung“ – in der Versorgungsforschung und -planung annimmt.

Neben den objektiven Anhaltspunkten für die Versorgungsqualität werden daher zunehmend auch subjektive Patientenmeinungen berücksichtigt.

“Although measuring satisfaction requires primary data collection and is thus more costly and time consuming than obtaining administrative measures, purchasers increasingly regard satisfaction questionnaires as an essential complement to administrative measures of health care quality. Both of these sources of data can describe both the process and the outcomes of care. For instance, measures of satisfaction can provide information on treatment as well as a consumer perspective on the success of those treatments” (Druss et al, 1999).

Die individuelle Zufriedenheit der Rezipienten der medizinischen Leistungen wird nicht nur als Rückmeldung an die Behandler gesehen, sondern wurde, insbesondere im angloamerikanischen Raum, zum definierten Zielkriterium medizinischer Versorgung und zum Indikator der Qualität der Serviceleistung. (Rentrop et al., 1999).

1.1 Literaturübersicht

1.1.1 Patientenzufriedenheit als Qualitätskriterium

Die Ideen des Qualitätsmanagements kommen ursprünglich aus der Industrie und Wirtschaft und wurden erst in letzten Jahren für den Bereich des Gesundheitswesens übertragen. Viele Begriffe und Konzepte (z.B. Patient als Kunde, medizinische Behandlung als Produkt oder Ware) wirken fremd und es wird kontrovers diskutiert, ob sie überhaupt hier anwendbar sind (Längle et al., 2002). Darüber hinaus kommen zum Thema Qualitätssicherung in der Medizin Widerstände und Bedenken, dass es dadurch zum „Verschleiern“ von tatsächlichen Versorgungsstrukturen kommt, „zum anderen, weil der implizite Vorwurf herausgehört wird, dass sich die Medizin bzw. die Psychiatrie bisher nicht um die Qualität ihrer Arbeit gekümmert hätte“ (Kistner et al., 1996). Hinzu kommen noch Vermutungen, dass es sich bei der Qualitätssicherung hauptsächlich um Kostensenkung handelt.

Da jedoch die Anbieter medizinischer Leistungen zur Qualitätssicherung gesetzlich verpflichtet sind, müssen die Konzepte und Methoden überprüft, modifiziert und optimiert werden, um zum Ziel – zur erfolgreichen Behandlung gemäß medizinischer Standards – effektiv und effizient zu gelangen.

Die jetzigen psychiatrischen Versorgungsangebote entwickelten sich über die Jahre aus den bereits bestehenden Strukturen. Es wird gegenwärtig intensiv darüber diskutiert, in welche Richtung die weitere Planung gehen soll (Rössler, 2006, Müller-Spahn, 2006). Dabei kann die Versorgungsforschung „im Rahmen von Ziel-Mittel-Analysen rationale Entscheidungshilfen liefern, ob die angestrebten Ziele mit den jeweiligen Mitteln zu erreichen sind. Vor diesem Hintergrund gibt es einige zentrale Zielvorgaben der psychiatrischen Versorgung wie z.B. Akzeptanz und Zugänglichkeit der Versorgungseinrichtungen“ (Rössler, 2006). Die Leistungen einer

Abteilungspsychiatrie in einem Allgemeinkrankenhaus, wie in der hier beschriebenen Einrichtung, sind auf jeden Fall leicht verfügbar und erreichbar, es stellt sich allerdings noch die Frage nach der Akzeptanz, d.h. wie zufrieden die Patienten mit der dort angebotenen Hilfe und Versorgung erscheinen.

In der Evaluation medizinischer Leistungen, insbesondere in der Psychiatrie, ist tatsächlich die subjektive Meinung der Patienten als Qualitätskriterium bedeutsam geworden: „a valid index of quality of care in a psychiatric service“ (Shiple, 2000). Nach Leimkühler und Müller, 1996, hat das folgende Gründe: neben der gesetzlichen Regelungen zur Qualitätssicherung, dem wachsenden ökonomischen Druck und zunehmendem Wettbewerb zwischen den Versorgungsinstitutionen, ist der Wandel der Patientenrolle in den letzten Jahrzehnten vom passiven Empfänger zum aktiven Konsumenten medizinischer Versorgung dafür verantwortlich, dass die Nutzerperspektive vermehrt beachtet wird. Zudem ist der Patient nicht nur ein „Objekt“ medizinischer Leistungen, sondern ein aktiver Gestalter der Behandlung und, wie die „Patient-Satisfaction“-Forschung zeigt, wirkt sich seine Meinung durch die Beeinflussung von Compliance wieder auf die Behandlungsergebnisse aus. Die Erfahrungen zeigen, dass die Wiederinanspruchnahme der Institutionen und Dienste vor allem vom Grad der zuvor erfahrenen Zufriedenheit anhängig ist (Swoboda et al., 2000).

Der Paradigmenwechsel in der Psychiatrie, d.h. „der Wandel der Patientenrolle vom passiven Empfänger zum kritischen Konsumenten medizinischer Leistungen“ (Leimkühler, Müller, 1996) sowie das Empowerment-Konzept haben Wurzeln im angloamerikanischen Raum, wo in den 1960er Jahren eine gesellschaftliche Bewegung entstand, die Gleichberechtigung und Emanzipation der unterdrückten Minderheiten als Ziele verfolgte (Reichhart et al., 2008). Empowerment wird definiert als “the connection between a sense of personal competence, a desire for and a willingness to take action in the public

domain” und als “a process of gaining control over one’s life and influencing the organizational and societal structure in which one lives” (Rogers et al., 1997). „Empowerment zielt auf die Befähigung zur autonomen Lebensgestaltung auf drei Ebenen: Auf der individuellen Ebene der Arzt-Patient-Interaktion, auf der Ebene der politischen Interessensvertretung sowie auf der Ebene der Beurteilung und Gestaltung von Versorgungsangeboten“ (Krumm, Becker, 2006). Im Laufe der Zeit gelang der Empowermentgedanke auch in die Medizin, hier wurde besonders in der Psychiatrie mit Beginn der Deinstitutionalisierung in den 70er Jahren das paternalistische Behandlungskonzept kritisiert (Reichhart et al., 2008). Seither, insbesondere nach der Erstellung der Psychiatrie-Enquête 1975, veränderte sich vieles in der psychiatrischen Versorgung, nicht nur strukturell: Enthospitalisierung, Reduktion der Bettenzahl in den großen Kliniken und Aufbau psychiatrischer Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern, Erschaffung der gemeindepsychiatrischen Dienste (Gebhardt, Steinert, 1998; Rössler, 2003; Weinmann, Gaebel, 2005), sondern auch hinsichtlich der Beteiligung und des Einflusses auf politischer und institutioneller Ebene durch die Initiativen wie Aktion Psychisch Kranker und Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V., Bereitstellung von unabhängigen Patienteninformationen sowie eine zunehmende Berücksichtigung der Nutzerperspektive in der Forschung oder Erstellung von Behandlungsleitlinien (Kämmerer-Rütten, 1996). Nach dem Vorbild Großbritanniens – hier wird der Prozess genannt „Getting closer to the public“ (Williams, Wilkinson, 1995) – wendet sich auch in Deutschland wissenschaftliches Interesse der Patientenperspektive zu und es erscheinen immer mehr Publikationen zur Patientenmeinung und Erwartungen an die Behandlung (u.a. Berghofer et al., 2000; Borbé et al., 2010; Smolka et al., 1997; Spießl, 2002).

Stärkung der Patientenautonomie und Betonung der Mitverantwortung für die Therapiegestaltung führt zur „Verbesserung der Compliance der Patienten und letztlich der Wirksamkeit des therapeutischen Gesamtkonzeptes“ (Hahnfeld,

Kallert, 2005). Dazu „stellt die Annäherung divergierender Sichtweisen von Patienten und Therapeuten auf wesentliche Therapieelemente eine bedeutsame Aufgabe dar“. Daher ist „die Diskussion psychiatrischer Versorgungsqualität (...) durch (...) den zunehmenden Stellenwert subjektiver Evaluationskriterien geprägt“ (Hahnfeld, Kallert, 2005).

1.1.2 Konzeptuelle und methodische Probleme der Zufriedenheitsforschung

Nach Auffassung vieler Forscher „ist Zufriedenheit, neben dem Gesundheitszustand, ein Endergebnis medizinischer Behandlung“ (Rentrop et al., 1999) und wird als ein relevanter Anhaltspunkt für die Akzeptanz einer Behandlung diskutiert. (Hannöver et al., 2000). „Ob Patienten Pflege und Betreuung als angemessen oder als unzureichend empfinden, könnte immerhin als Kriterium der Qualität von stationärer psychiatrischer Behandlung gelten, allerdings nur dann, wenn ein Konstrukt wie „Behandlungszufriedenheit“ tatsächlich misst, wie das Behandlungsangebot und die therapeutische Atmosphäre einer Klinik erlebt und bewertet werden, und nicht einfach den erreichten Behandlungserfolg widerspiegelt oder gar von bereits bestehenden Vorurteilen, Einstellungen und Erwartungen geprägt wird“ (Böcker, 1989).

Nach Press, 2004 ist die Behandlungszufriedenheit “affected by the interaction of patients with the context and givers of care, if not the specific content of care itself. The patient may be unaware that a beta blocker is the appropriate medication to be given at a specific time following admission. However, the patient is aware of the content of explanations (understandable? “makes sense”? condescending?), the tone, empathy, and body language of the caregiver (friendly? rushed? professional looking?), the caregiver’s apparent

concern for the patient's comfort, etc. These, too, are as much a part of the care process as are proper drug dosages”.

Tatsächlich ist Zufriedenheit „nach sozialwissenschaftlichen Erkenntnissen (...) ein komplexer psychosozialer Regulations- und Adaptationsprozess, der weniger durch objektive als durch subjektive Faktoren gesteuert wird“ (Möller-Leimkühler, 2003).

Zufriedenheit ist vor allem von den Erwartungen an die Realität abhängig: „Patienten mit geringen Erwartungen sind bei gleicher objektiver Realität eher zufrieden als Patienten mit hohen Erwartungen“ (Spießl et al., 1997). Die Zufriedenheit oder Unzufriedenheit resultiert also vom Vergleich der aktuellen Erfahrungen in der Behandlung mit eigenen Ansprüchen und Bedürfnissen (Jacob, Bengel, 2000). Aber gleichzeitig werden die Erwartungen durch Anpassung an die Situation verändert: Bei einer kognitiven Dissonanz zwischen Erwartung und Realität kommt es, um die daraus resultierende Spannung zu reduzieren und Unzufriedenheit zu vermeiden, zu bestimmten Anpassungsvorgängen (Erzberger et al., 1989). „Da Patienten kaum in der Lage sind, nicht zufriedenstellende Leistungen des Krankenhauses aktiv zu verändern, bleibt ihnen nichts als sich anzupassen, um einen (relativen) psychischen Gleichgewichtszustand aufrechtzuerhalten“ (Leimkühler, 1995). Das Assimilations-Akkomodations-Modell geht davon aus, dass der Grad dieses Gleichgewichts dem Grad der Zufriedenheit entspricht. Dies führt zu einer resignativen Zufriedenheit bzw. Pseudozufriedenheit.

Des Weiteren ist bekannt, dass sozial erwünschte Antworten durch die Asymmetrie der Arzt-Patient-Beziehung begünstigt werden. Diese resultiert daraus, dass der Patient, anders als Kunde in einem Geschäft, der sich frei für oder gegen die angebotene Leistung entscheiden kann, hier durch seine Erkrankung bedürftig ist und Hilfe von Ärzten und Therapeuten erwartet (Siegrist et al., 2002).

Es wird daher diskutiert, „inwieweit die entsprechenden Erhebungsinstrumente tatsächlich „Patientenzufriedenheit“ messen und ob die in allen medizinischen Bereichen gefundenen hohen Zufriedenheitsraten auch eine objektiv gute medizinische Versorgung widerspiegeln“ (Spießl et al., 1997). In anderen Worten, es ist unklar, ob Zufriedenheit überhaupt ein subjektives Qualitätskriterium ist; ob sie ein „emotionaler Zustand ist, der aus einer positiven Bewertung erfolgt“ oder „eine sozial erwünschte Rollenerwartung, Ergebnis der Bewältigung einer belastenden Situation“ (Leimkühler, Müller, 1996). In diesem Fall würden in den Studien zur Patientenzufriedenheit „statt objektiver Qualitätsmerkmale nur Anpassungsleistungen der Patienten erfasst“.

Die Behandlungszufriedenheit ist vor allem abhängig von der Interaktion zwischen dem Patienten und dem Therapeuten und vom Kontext der Behandlungssituation, nicht nur vom spezifischen Versorgungsinhalt selbst.

Zusammenfassend muss als Schwachpunkt der Zufriedenheitsforschung angesehen werden, dass es keine eindeutige Definition der „Patientenzufriedenheit“ gibt. Das Konzept der Zufriedenheit mit der Behandlung erscheint als ein intuitives und eher pragmatisch geprägtes Konstrukt. Die Zufriedenheit der Patienten ist letztendlich das Ziel der medizinischen Versorgung. Da sie jedoch oft von objektiven Bedingungen weitgehend unabhängig ist, kann die erfasste Zufriedenheit keinen gültigen Indikator für die Qualität der Behandlung bilden (Leimkühler, Müller, 1996).

Problematisch sind ebenfalls die Erhebungsmethoden der Patientenzufriedenheit: „Eine Fülle von meist selbstentwickelten, wenig überprüften Instrumenten reicht von zusammenfassenden Globalbeurteilungen bis hin zu Bewertungen ausführlich erhobener Einzelaspekte, es finden sich direkte neben indirekten Messungen, unterschiedliche Befragungszeitpunkte und -methoden sowie unkontrollierte Forschungsdesigns. Aus diesen Gründen sind die Ergebnisse kaum miteinander vergleichbar“ (Leimkühler, Müller, 1996).

Zur Diskussion steht, inwieweit die Zufriedenheitsangaben der Patienten einer faktischen Zufriedenheit entsprechen. Bei den Patientenbefragungen müssen bestimmte Tendenzen im Antwortverhalten einkalkuliert werden: Vor allem Antworten im Sinne „sozialer Erwünschtheit“, sog. „Ja-Sage-Tendenz“ (Spießl et al., 1997). Diese kann durch Befragung von Teilaspekten oder durch offene Fragen zumindest eingeschränkt werden. Von der anderen Seite sollen die Evaluationsinstrumente, vor allem bei routinemäßiger Erhebung der Zufriedenheit, ökonomisch und praktikabel sein, was schon die Vielzahl an Items limitiert.

Die durchgehend hohen Zufriedenheitsraten bei den Erhebungen werden oft als Artefakt interpretiert und zum Teil durch eine abhängige Beziehung der Patienten zu den Behandlern erklärt. Ein weiterer Erklärungsansatz ist hier eine „systematische Selektion der sog. „Non-Responder“ – „da vermutlich unzufriedene Patienten die Teilnahme an solchen Untersuchungen ablehnen und negative Bewertungen damit nicht in die Ergebnisse eingehen“ (Spießl, Klein, 1995).

Insgesamt bringen sowohl die Fragestellung der Patientenzufriedenheit als auch die Methodik der Erfassung erhebliche Probleme zur Sprache. Jedoch – „im Vordergrund derzeitiger Studien zur Patientenzufriedenheit stehen pragmatische Evaluationsinteressen sowie die Entwicklung valider Erhebungsinstrumente. Zwar muss die Frage, ob Patientenzufriedenheit in Analogie zur Konsumentenzufriedenheit als Qualitätsindikator der Behandlung aufgefasst werden kann, kritisch beantwortet werden, dennoch kann es keinen Zweifel daran geben, dass die Berücksichtigung der subjektiven Sicht des Patienten in der Qualitätssicherung eine wichtige Rolle spielen muss“. (Möller-Leimkühler, 2003).

1.1.3 Ergebnisse der Patientenzufriedenheitsforschung

Die Evaluation der Patientenzufriedenheit spielt eine große Rolle bei der Erkennung von Änderungsbedarf in den Versorgungsabläufen in den Institutionen und Evaluation von neu implementierten medizinischen Verfahren und Versorgungsstrukturen. „Voraussetzung für diese Form patientenzentrierter Qualitätssicherung ist ein adäquates Erhebungsinstrument, das die benötigten Informationen zur Verfügung stellt“ (Henrich et al., 2001).

Einen historischen Überblick über die Patientenzufriedenheitsforschung liefern die Arbeiten von Rentrop et al., 1999, Spießl, Klein, 1995 oder Ruggeri, 1994: Die ersten Untersuchungen zum Thema „Patient satisfaction“ bzw. „Consumer satisfaction“ entstanden in den Vereinigten Staaten in den 1950er Jahren. Die Untersuchungsinstrumente waren meist in Form unstrukturierter Interviews, oft mussten sich dabei die Forscher Zugang zu den ausgewählten Kliniken durch Tarnung als Pseudopatienten oder Pseudoangestellte verschaffen. Durch diese Berichte wurde das Bild eines autoritären Systems in den psychiatrischen Institutionen dokumentiert und veröffentlicht. Die Arbeiten wurden wegen Voreingenommenheit kritisiert und die Gültigkeit der Ergebnisse aufgrund methodischer Mängel angezweifelt. In den 60er und 70er Jahren verbreiteten sich in den USA zunehmend quantitative Methoden mit Fragebögen oder Rating-Skalen, die Untersuchungen wurden vorangetrieben, zum einen durch eine gesetzliche Verpflichtung zur Qualitätskontrolle in den frühen 60er Jahren, und zweitens durch eine wachsende Wettbewerb- und Konkurrenzsituation zwischen Anbietern medizinischer Leistungen.

Seit der 1970er Jahren kamen methodisch bessere, systematische Studien über die Patientenmeinung und es gab vermehrt Bestrebungen, die Erhebungsinstrumente zu vereinheitlichen und hinsichtlich der üblichen Testgütekriterien zu überprüfen.

Eines der wichtigsten Befragungsinstrumente, das dabei entstanden ist, ist der „Client Satisfaction Questionnaire“ (CSQ) von Attkisson und Zwick aus dem Jahre 1977. Es handelt sich dabei um unterschiedliche Versionen, mit 31-, mit 18- und eine Kurzform mit 8 Items (CSQ-8), mit einer 4-stufigen Skala ohne neutrale Position, die in den folgenden Jahren entwickelt wurden. Der 8-Item-Fragebogen zur Erfassung der generellen Patientenzufriedenheit mit der psychiatrischen Behandlung korrelierte hoch mit den längeren Versionen und verfügte über sehr gute psychometrische Eigenschaften, so wurde er zur Vorlage für Messinstrumente außerhalb der USA, zuerst in den Niederlanden, später auch in Deutschland.

Beispiele für andere Formen der Bewertung der Versorgungsqualität sind die „Evaluation Ranking Scale“ – ein Instrument zur Erfassung der Patientenbewertung in sechs Einzelaspekten der Behandlungszufriedenheit, wo die Befragten die vorgegebenen Evaluationskarten selbst nach Wichtigkeit und Zufriedenheitsgrad auf einer Tafel platzierten. Das Instrument wurde hauptsächlich für die somatische Medizin untersucht. Ein weiteres Untersuchungsinstrument zum Einsatz auch in der Psychiatrie wurde 1989 von Greenfield und Attkisson als „Service Satisfaction Scale“ (SSS) auf Grundlage des CSQ entwickelt, ein 15- bis 38-Item-Fragebogen, der einzelne Bereiche der Patientenzufriedenheit, wie z.B. die Arzt-Patienten-Kommunikation, erfasst.

Im europäischen Raum sind skandinavische und britische Untersuchungen zu erwähnen: Veröffentlichungen über die Patientenzufriedenheit und deren Dimensionen, vor allem Patient-Personal-Beziehung und Kommunikation, die eine zentrale Rolle für die Compliance haben. In den 90er Jahre wurden von einer Arbeitsgruppe um Ruggeri neue reliable und valide Instrumente eingeführt: „Verona Expectations of Care Scale“ (VECS) und „Verona Service Satisfaction Scale“ (VSSS) (Ruggeri et al., 2007). Das letzte entstand auf Grundlage der „Service Satisfaction Scale“ von Greenfield und Attkisson und ist ein umfassendes 82-Item Untersuchungsinstrument zum Einsatz in der

gemeindepsychiatrischen Versorgung. Von Lasalvia und Ruggeri wurde 2007 eine große systematische Langzeituntersuchung unter naturalistischen Bedingungen, das sog. „South Verona Outcome Project“ beschrieben, mit dem Ziel einer Routineerhebung von Ergebnisqualität der angebotenen Leistungen beim „South Verona Community Mental Health Care Service“. In das multidimensionale und multiaxiale Projekt wurden sowohl die Behandler als auch Patienten eingebunden. Erfasst wurden Behandlungszufriedenheit der Patienten und deren Einschätzung ihrer Lebensqualität sowie, seitens der Behandler, Erfassung des globalen Funktionsniveaus der Patienten, Erhebung des psychopathologischen Befundes sowie Erfassung der Schwierigkeiten bei der Ausübung sozialer Rollen. Betont wurde Relevanz solcher „real world“-Untersuchungen für die klinische Praxis, für die Gestaltung und Effektivität der Serviceangebote.

In Deutschland wurden systematische Studien zur Patientenzufriedenheit im Bereich der Psychiatrie vor allem ab den 90er Jahren publiziert. Viele veröffentlichte Studien über Patientenbefragungen kommen aus psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen, da die für diese Versorgungsstrukturen zuständigen Kostenträger – die gesetzliche Rentenversicherung – 1994 und dann nach einer Erprobungsphase 1997 routinemäßig ein Qualitätssicherungsprogramm für die medizinische Rehabilitation einführen (Raspe et al., 1997). Die erhobenen Daten – neben den Strukturhebungen auch die Erfassung der Patientenmeinung – werden Grundlage für vergleichende Analysen zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Da bisher kaum methodisch gesicherte Messinstrumente zur Verfügung standen, wurde 1989 von Schmidt, Lamprecht und Wittmann das „Client Satisfaction Questionnaire“ von Attkisson und Zwick übersetzt und an die Bedürfnisse der psychosomatischen/psychotherapeutischen Kliniken adaptiert. Das Untersuchungsinstrument wurde auf die bekannten methodischen

Anforderungen, insbesondere auf die Kriterien der Zuverlässigkeit (Reliabilität) und Gültigkeit (Validität) überprüft. So entstand der Zufriedenheitsfragebogen „ZUF-8“, ein kurzes, ökonomisches und für Routineerhebungen geeignetes eindimensionales Zufriedenheitsmaß zur Erfassung der generellen Patientenzufriedenheit mit der erhaltenen Behandlung. Die ersten Untersuchungen zeigten, wie in vielen anderen Zufriedenheitsstudien, „ein hohes Maß an (selbst-)berichteter Zufriedenheit mit der stationären Behandlung“. Zusätzlich wurden statistisch signifikante Zusammenhänge mit zusätzlich erhobenen Patientenmerkmalen erhoben. „Am höchsten korrelierten die Zufriedenheitsskalen mit der selbstwahrgenommenen Veränderung der Verfassung im Laufe der Behandlung, weiterhin deutlich mit den Selbstbeurteilungen /Einschätzungen des Gesundheitszustandes, der Leistungsfähigkeit und der Verfassung am Ende der stationären Behandlung“ (Schmidt, Lamprecht, Wittmann, 1989).

Einen Routineeinsatz des Fragebogens ZUF-8 im Rahmen der Qualitätssicherung in psychosomatischen Kliniken zeigt eine Veröffentlichung von Hannover et al., 2000. Die Untersuchung erfolgte im Rahmen des Projekts „Stuttgart-Heidelberger Modell zur Qualitätssicherung“. Die Erfassung der Patientenzufriedenheit wird als Chance „der Entdeckung von Signalen für Qualitätsmängel“ gesehen. Die Ergebnisse belegen erneut, dass die generelle Patientenzufriedenheit insbesondere mit der Zufriedenheit mit der therapeutischen Beziehung korreliert, analog geht eine negative Einschätzung der Arbeitsbeziehung mit steigendem Unzufriedenheitsgrad einher.

In einer Untersuchung von Möller-Leimkühler, 2003, wurde die Zufriedenheit psychiatrischer Patienten mit der stationären Behandlung an einem Stichtag erhoben. Die Erhebungsinstrumente waren ZUF-8 sowie ein eigener Fragebogen, wo verschiedene Aspekte der Versorgung berücksichtigt wurden, gebeten wurde auch um eine Beendigung eines offenen Satzes: „Gute Behandlung, das ist in meinen Augen...“. Relevante soziodemographische und

klinische Patientendaten wurden mittels AMDP (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie) und BADO (Basisdokumentation) erhoben, zudem wurden die aktuelle Stimmung zum Befragungszeitpunkt sowie das subjektive Krankheitskonzept nach Linden und die subjektive Lebensqualität mit dem Lancaster Quality of Life Profile erfasst. Als Ergebnis der detaillierten Erfassung der Patientenzufriedenheit zeigte sich „die kommunikative Qualität der ärztlichen und pflegerischen Betreuung“ als ein zentraler Indikator von Zufriedenheit und Unzufriedenheit. Die Autorin sieht dagegen eine globale Erfassung der Zufriedenheit für die Qualitätssicherung als unbrauchbar, „da sie keine Schwachstellen in der Versorgung aufdecken kann“.

Ebenfalls an einem Stichtag wurden Patientenbewertungen mittels ZUF-8 in einer Studie von Spießl et al., 1996 evaluiert. Das Messinstrument wird hier als geeignet beschrieben, „die Patientenzufriedenheit als Indikator der Ergebnisqualität valide und reliabel zu erheben“.

Eine hohe Patientenzufriedenheit wird von dem Autor in einer Publikation 1998 (Spießl et al., 1998) als ein angestrebtes therapeutisches Ziel gesehen, „weil sie die prospektive Behandlungscompliance mitbestimmt, was gerade in der psychiatrischen Therapie von besonderer Wichtigkeit ist. Unzufriedenheit dagegen stellt die häufigste Ursache für den Abbruch der Behandlung dar. Eine positive Behandlungsbewertung ist zudem für die Prädiktion des Behandlungserfolges von Bedeutung“. Unmittelbare Konsequenzen für den Qualitätssicherungsprozess können aber nicht aus der Erhebung der generellen Zufriedenheit gezogen werden, sondern aus der Analyse von Teilaspekten der Versorgung.

Ein weiteres Messinstrument zur Erfassung der Patientenzufriedenheit wurde in Tübingen durch Längle et al.: 2002 konstruiert. Der Tübinger Bogen zur Behandlungszufriedenheit (TÜBB 2000), mit 25 Items, wurde als Instrument zur mehrdimensionalen Erfassung der Zufriedenheit psychiatrischer Patienten mit

der stationären Behandlung entwickelt und sollte für den routinemäßigen Einsatz im Rahmen von interner Qualitätssicherung geeignet sein. Die Untersuchungsergebnisse vom TÜBB 2000 wurden mit den mittels ZUF-8 erhobenen Daten verglichen, dabei zeigte sich die Korrelation beider Instrumente hochsignifikant. In der Entwicklung des Fragebogens wurde zusätzlich berücksichtigt, dass ein veränderungsorientierter, d.h. auf Wünsche der Pat. eingehender Fragestil weniger positive Antworttendenzen der Patienten provoziert als ein statusorientierter, d.h. situationsbeschreibender Fragestil. Das Instrument wurde bei schizophrenen Patienten evaluiert („Entlasskohorte eines kompletten Jahrgangs“). Als Ergebnis wurden ebenfalls überwiegend positive Beurteilungen gefunden, in der Differenzierung einzelner Aspekte zeigte sich am wichtigsten die Beziehung zum Therapeuten.

Ein alternatives System zur Erfassung der Patientenmeinung wurde in der Publikation von Freudemann und Spitzer, 2001 vorgestellt: „Eine Pilotstudie zur Machbarkeit und Akzeptanz eines computergestützten Befragungssystems in der Qualitätssicherung und Forschung“. Im Rahmen des sog. CARE-Projekts (Computer Assisted Recording of Events) wurde an der Universität Ulm 1997 ein Computersystem entwickelt, das Daten zur Erfassung der Ergebnisqualität in der Psychiatrie sammelt und analysiert. Die beschriebene Studie beruht auf einer über 17 Wochen durchgeführten direkten, systematischen, täglichen „Patientenbefragung zu Themen psychiatrischer Ergebnisqualität an Computerterminals mit Berührungsempfindlichen Bildschirmen (Touchscreens)“. Die Befragungsinhalte umfassten: „Das eigene Befinden, die Stimmung, die Beeinträchtigung durch psychopathologische Symptome, die Zufriedenheit mit der medizinischen Betreuung, das Stationsklima, erwünschte und unerwünschte Arzneimittelreaktionen und ‚kritische Ereignisse‘ (Konflikte, Suizidversuche usw.)“. In dieser Untersuchung erschien die Akzeptanz von der Patientenseite groß, zudem zeigten sich auch andere Vorteile des automatisierten Verfahrens: „Einsparungen bei Personal und Zeit, ständige

Verfügbarkeit, hervorragende Reliabilität und Standardisierung der Befragung die Vollständigkeit der Daten“, sowie „besonders nützlich direkte EDV-Erfassung der Daten mit der Möglichkeit schneller Auswertungen“.

In einer Untersuchung von Richter und Fleer, 2004 wurde ein weiteres Instrument im Bereich der Zufriedenheit mit der psychiatrischen Behandlung eingesetzt, nämlich Fokusgruppen. Hier werden, in einer Gruppendiskussion mit den vom Interviewer vorgegebenen Inhalten, die Ansichten der Befragten frei geäußert. Diese Patientenmeinungen können, anders als die standardisierten Befragungen, die eher auf eindimensionale Konstrukte der Patientenzufriedenheit verweisen, als Anhaltspunkte für notwendige Qualitätsverbesserungen verwendet werden. Das Instrument wurde ursprünglich in den USA, im Bereich der Markt- und Konsumforschung, später auch in der Medizin zu Forschungszwecken genutzt.

Im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung wurde im Rahmen des gesetzlich vorgesehenen Qualitätssicherungsprogramms in einer Studie von Raspe et al., 1997 eine Zufriedenheitsbefragung postalisch „durch ein selbst entwickeltes Instrument zur Bewertung verschiedener Leistungsbereiche der Rehabilitationseinrichtung“ durchgeführt. Die Befragung ermöglicht eine mehrdimensionale Einschätzung (durch eine 5-stufige Rating-Skala) der verschiedenen Leistungsbereiche (der ärztlichen, psychologischen, pflegerischen oder komplementären Betreuung) sowie eine Bewertung nach Leistungsansprüchen: Organisiertheit, Professionalität/Kompetenz, Humanität der Leistungserbringung und die Orientierung des Rehabilitationsprozesses. Die Ergebnisse der Befragungen sollten regelmäßig in den Qualitätsberichten der Einrichtung veröffentlicht werden und als „ein klinikvergleichendes Informationssystem“ zur Verfügung stehen.

In der tagesklinischen Behandlung wurde eine Studie zur Zufriedenheit von Gutknecht 2005 präsentiert. Befragt wurden Patienten kurz vor Entlassung aus

der teilstationären Behandlung im Zeitraum von 10 Monaten. Das Befragungsinstrument war ein „Stationserfahrungsbogen“ – ein standardisierter Fragebogen zur Erfassung des Psychotherapieverlaufs, mit 38 Aussagen über die therapeutischen Rahmenbedingungen und deren Akzeptanz bei den Patienten sowie über die Qualität der therapeutischen Beziehung und die Atmosphäre zwischen den Mitpatienten. Zudem wurden aus der Psychotherapiebasisdokumentation weitere Daten betreffend der Veränderungen während der Therapie, in Selbst- und Fremdeinschätzung, erfasst. Die Ergebnisse zeigten eine überwiegend positive Bewertung der Behandlung. Eine wichtige Rolle für diese Bewertung spielt die Erreichung der Behandlungsziele bzw. Veränderungen im Sinne einer erfolgreichen Therapie.

Eine andere Studie zur Zufriedenheit der Patienten in einer teilstationären Behandlung wurde von Hanhfeld und Kallert 2005 publiziert. Untersucht wurde die Bewertung von therapeutischen Angeboten einer psychiatrischen Tagesklinik aus Sicht der Patienten und aus Sicht der Therapeuten. Es erfolgte eine postalische Befragung von entlassenen Patienten (41 Patienten mit affektiven und 35 Patienten mit schizophrenen Störungen) durch einen speziell entwickelten Fragebogen mit Ratingsskala für die verschiedenen Therapieelemente. In der Auswertung wurde eine diagnosespezifische Rangfolge der hilfreichen Therapievariablen errichtet. „Die Therapiebewertungen zwischen Patienten und Therapeuten im spezifischen Setting der psychiatrischen Tagesklinik sind different. Patienten mit affektiven Störungen legen ihre Betonung auf eher rasch symptomreduzierende (z.B. Medikamente) und alltagsrelevante (z.B. Aktivitäten außerhalb der Tagesklinik) Elemente. Kontrastiert dazu messen die Therapeuten neben der medikamentösen Therapie den längerfristigen psychotherapeutischen und aktivierenden Maßnahmen besondere Relevanz zu. Patienten mit schizophrenen Störungen beurteilen die Einzelpsychotherapie und die Aktivitäten für alle Patienten (wie das Patientencafé) als besonders hilfreich,

wohingegen Therapeuten hier der Einbeziehung der Angehörigen einen deutlich höheren Stellenwert im Rahmen des tagesklinischen Behandlungsprogramms einräumen“. Als Schlussfolgerung wurde nochmals die Bedeutung der Patientenzufriedenheit für die Compliance betont. „Zur Verbesserung der Compliance der Patienten und letztlich der Wirksamkeit des therapeutischen Gesamtkonzeptes in einer psychiatrischen Tagesklinik stellt die Annäherung divergierender Sichtweisen von Patienten und Therapeuten auf wesentliche Therapieelemente eine bedeutsame Aufgabe dar“.

In der Studie von Eichler et al., 2006 wurden Patientenbewertungen in der stationären und teilstationären Behandlung als Kriterium der Behandlungsqualität erfasst. Die Befragung wurde zu vier verschiedenen Zeitpunkten durchgeführt, zur Auswertung wurden zwei Messzeitpunkte genommen: Nach einer Woche Behandlung und zum Entlassungszeitpunkt. Als Messinstrument diente ein „Klientenbogen zur Behandlungsbewertung“ (KliBb) mit offenen Fragen. Die Ergebnisse waren überwiegend positiv, aber es wurden auch Kritikpunkte geäußert: Hier zeigten sich bei der vollstationären Behandlung die strukturellen Bedingungen, bei dem teilstationären Setting die Unzulänglichkeiten im Tagesablauf. Die Studie erwies sich als ein wertvolles Instrument zur Erkennung der Schwachstellen in der Versorgung und gab Hinweise für Verbesserungsmaßnahmen in tagesklinischen Einrichtungen.

In einer multidimensionalen Untersuchung zur Patientenzufriedenheit von Gruyters und Priebe von 1992 wurden Befragungen zur subjektiven Bewertung der Behandlung ebenfalls in zwei Messzeitpunkten in Abstand von 20 Monaten erhoben. Dadurch wurde die zeitliche Stabilität der Patienturteile mit erfasst. Das Befragungsinstrument beinhaltete eine globale Einschätzung der Zufriedenheit, dann speziellere Fragen, inwieweit die Behandlung bei der Verhinderung eines Rückfalls, bei der Verminderung momentaner Beschwerden oder bei der Bewältigung sozialer Schwierigkeiten helfe. Zudem wurde um Einschätzung gebeten, wie weit sich die Patienten von ihren

Bezugstherapeuten verstanden fühlten und wie hilfreich die aktuelle Medikation und Gespräche mit dem Therapeuten für sie seien. Die Skalierung erfolgte durch visuelle Analogskalen (VAS), mit Ausprägungsmöglichkeit von 0 - „gar nicht“ bis 100 - „vollständig“. Zusätzlich wurden von den Interviewern, die nicht in die Behandlung der Patienten involviert waren, standardisierte offene Fragen gestellt: zu den hilfreichsten Elementen der Behandlung, im Vergleich zu anderen Institutionen sowie zu Änderungswünschen in der jetzigen Therapie. Zu beiden Zeitpunkten wurde die aktuelle Psychopathologie bei den Patienten erhoben: mittels der Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) und der Hamilton Depressionsscale (HAMD). Bei der 2. Untersuchung wurden zusätzlich die von-Zerssen-Depressivitätsskala (DS) und die Skalenform X 1 des State Trait Anxiety Inventory (STAI) benutzt. Die Studienkohorte bestand aus 100 zufällig ausgewählten Patienten in der stationären oder teilstationären psychiatrischen Behandlung. Festgestellt wurde, dass die Behandlungsbewertung deutlich mit der psychopathologischen Symptomatik korrelierte und sich mit dieser im zeitlichen Verlauf änderte: „Patienten mit ausgeprägteren Symptomen zeigten eine negativere Bewertung und äußerten häufiger Änderungswünsche bezüglich ihrer Behandlung“. Betont wurde eine begrenzte Verwendbarkeit der globalen Patientenbewertung als unmittelbares Evaluationskriterium für Optimierung und Vergleich psychiatrischer Einrichtungen aufgrund der durchgehend positiven Bewertungstendenz, der geringen Differenzierbarkeit und der zeitlichen Instabilität der Patientenwertungen.

Eine Publikation von Fähndrich und Smolka 1998, präsentiert eine differenzierte Erfassung der Patientenmeinung, „eine Nutzerbefragung als Teil der Qualitätssicherung in der Psychiatrie“. Als Erhebungsinstrument wurde ein selbst entwickelter Fragebogen verwendet, mit 31 Fragen zu „verschiedenen Bereichen des Therapieangebots der Abteilung, zur Atmosphäre der Station, zu allgemeinen Fragen des Krankenhauses“. Die Erhebung erfolgte am Ende des Aufenthaltes, befragt wurden 351 Patienten. Die Antworten wurden auf einer

5stufigen Skala platziert (von „sehr hilfreich“ und „hilfreich“ bis zu „belastend“ und „sehr belastend“). In der Untersuchung wurde konstatiert, dass die Ergebnisse der Befragung wichtige Hinweise auf die Qualität der therapeutischen Arbeit aus der Patientenperspektive geben. Die negativen Beurteilungen – wie z.B. im Bezug auf die Aufklärung über die Pharmakotherapie veranlassten das Team zum Nachdenken und Veränderungen in den klinischen Routineabläufen. Betont wurde: „Allein die Existenz der Befragung am Ende der Behandlung verändert das Klima auf der Station in eine durchaus erwünschte Richtung (Normalität, gegenseitige Achtung, Ernstnehmen usw.)“. Die Patientenbefragung am Ende des Aufenthaltes wurde in die Entlassungsroutine in der Klinik implementiert.

In einer Studie von Nübling et al., 2007 wird auch eine fortlaufend durchgeführte Patientenbefragung vorgestellt. Dabei wurde „ein im Rahmen von Programmevaluationsstudien (...) entwickelter Patientenfragebogen (...) routinemäßig seit 1998 in insgesamt 10 Rehabilitationskliniken (...) eingesetzt“. Befragt wurden insgesamt ca. 60 000 Patienten. Das Instrument enthält einen „für alle Indikationsbereiche identischen klinikübergreifenden Teil, welcher einen Klinikvergleich ermöglicht. In einem gesonderten Teil des Fragebogens sind klinikspezifische Aspekte (...) zusammengefasst.“ Zusätzlich beinhaltet der Bogen die globale Patientenzufriedenheitsskala ZUF-8. Die ausgefüllten Fragebögen wurden routinemäßig über Scanner eingelesen und Ergebnisse über eine spezielle Software automatisiert erstellt, was eine zeitnahe Rückmeldung an die Kliniken oder Träger erlaubte. Die Auswertung ermöglichte einen Überblick über die Patientenbewertung global und in bestimmten Leistungsbereichen sowie vergleichend zwischen den Zeiträumen und zwischen den einzelnen Kliniken. Außerdem gaben die Ergebnisse die Möglichkeit, über die kritischen Bewertungen Verbesserungsmaßnahmen zu ergreifen.

Nach Gruyters und Priebe, 1994 zeigen die durchgeführten Studien generell „bezüglich der globalen Bewertung der jeweiligen Institution und der allgemeinen Zufriedenheit psychiatrischer Patienten mit ihrer Behandlung durchgängig ein sehr positives Bild. Zwischen 56 und 100% der befragten Patienten aus sehr verschiedenen psychiatrischen Settings waren mit der jeweiligen Behandlung zufrieden. Dabei schätzten die Patienten die Behandlung oft positiver ein, als es ihre Therapeuten und Betreuer vermuteten. Auch verschiedene Einzelaspekte einer psychiatrischen Behandlung wurden von den Patienten in der Regel überwiegend positiv bewertet.“ Die Aspekte, die in den Untersuchungen schlechter bewertet wurden, waren Medikation, Zwangsmaßnahmen, gruppentherapeutische vs. einzeltherapeutische Angebote. Als bedeutendster Aspekt der Behandlung und wichtigster Faktor für die Patientenzufriedenheit wurde die therapeutische Beziehung hervorgehoben.

Zusammenfassend zeigen die publizierten Untersuchungen, dass die Erfassung der Patientenzufriedenheit trotz vielfältiger Probleme und Unklarheiten hinsichtlich des Begriffs selbst sowie der Methoden der Zufriedenheitserfassung möglich, machbar und sinnvoll ist. Die Ergebnisse belegen generell, dass die Nutzer überwiegend zufrieden mit den Angeboten sind. Die Patientenbewertungen sind ein wichtiger Bestandteil der Erfassung der Ergebnisqualität. Zusätzlich zeigen die Untersuchungen, „dass Patientenbewertungen Einfluss auf die Wirksamkeit therapeutischer Maßnahmen und damit auf den Behandlungsablauf haben können“ (Eichler et al., 2006).

1.2 Ziel der Untersuchung

Mit der vorliegenden Untersuchung soll ein Beitrag geleistet werden zur Einführung einer praktikablen Methode einer routinemäßigen Erfassung der Patientenzufriedenheit mit der erhaltenen Klinikbehandlung. Die Erfassung der Patientenzufriedenheit in einer Abteilungspsychiatrie mit einem Versorgungsauftrag für die Akutbehandlung psychisch Kranker aus der Region soll Teil einer kontinuierlichen Ergebnisqualitätserfassung im Rahmen von Qualitätssicherung bilden. Durch eine fortlaufende Zufriedenheitserhebung wird zudem der in letzter Zeit postulierten stärkeren Patientenorientierung in der medizinischen Versorgung Rechnung getragen.

Fragestellungen der vorliegenden Untersuchung sind: Wie zufrieden sind die Patienten in der Stader Psychiatrischen Klinik mit ihrer Behandlung? Und: Welche Patientenmerkmale gehen mit einer höheren Zufriedenheitsausprägung und welche mit einem niedrigeren Zufriedenheitsgrad einher?

Die Arbeit bietet die Grundlage für die Einführung einer wissenschaftlich evaluierten Methode der Versorgungsforschung in den Praxisalltag einer Abteilungspsychiatrie mit psychiatrischer Pflichtversorgung eines Landkreises.

2 Versorgungssituation im Landkreis Stade

2.1 Das Krankenhaus

Zum besseren Verständnis sollen das Haus, wo die Studie erfolgte, die Klinik und die untersuchte Population kurz beschrieben werden.

Die Untersuchung fand in einer Abteilungspsychiatrie in einem Haus der Schwerpunktversorgung – im Elbe Klinikum Stade – statt.

Das Elbe Klinikum Stade ist ein Krankenhaus der Schwerpunktversorgung mit 13 Fachabteilungen und 520 Betten. Seit 2001 wird Elbe Klinikum Stade mit dem Klinikum Buxtehude (einem Haus der Grundversorgung) als Elbe Kliniken zusammen verwaltet und zählt zu den größten Gesundheitsdienstleistern der Elbe-Weser-Region. Seit Jahren werden hier qualitätssichernde Maßnahmen etabliert und seit 2008 sind Elbe Kliniken Stade – Buxtehude KTQ-zertifiziert. 2007 begann in den Abteilungen des Klinikums Stade eine strukturierte Erfassung der Patientenzufriedenheit mittels auf dem Markt zur Verfügung stehenden Fragebögen.

Die Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik versorgt mit 72 Betten, einer Tagesklinik mit 23 Plätzen und einer Institutsambulanz den Landkreis Stade mit 193.000 Einwohnern. Die Klinik behandelt das gesamte Spektrum psychiatrischer Erkrankungen, Schwerpunkte sind u.a. affektive und psychotische Störungen, Verhaltensmedizin, störungsspezifische Psychotherapie und psychobiologische Therapieverfahren. Die Klinik betreut mit einer konsiliar- und liaisonpsychiatrischen Abteilung das Elbe Klinikum Stade.

2.2 Landkreis Stade

Der Landkreis Stade liegt im Norden Niedersachsens, an der Elbe, westlich von Hamburg und gehört zur Metropolregion Hamburg. Die 193.000 Einwohner leben in zwei Städten: Stade (ca. 45.000) und Buxtehude (ca. 38.000) sowie in den ländlichen Gemeinden der drei Regionen: Im Alten Land, im Land Kehdingen und in der Stader Geest. Der Landkreis Stade ist einerseits ein Pendlereinzugsgebiet für die Hansestadt Hamburg, andererseits verfügt er, neben den Industriezentren in der Städten (Chemie, Aluminiumverhüttung, Flugzeugbau), vor allem über traditionelle landwirtschaftliche Strukturen: Das Alte Land zwischen Stade und Hamburg ist einer der größten Obstanbaugebiete Europas, auf der Geest im Süden des Landkreises hat sich Ackerbau und Forstwirtschaft etabliert, im Land Kehdingen nördlich von Stade wird, neben dem Obstbau an der Elbe, auf dem Kehdinger Moor Grünlandwirtschaft betrieben, die Region gehört auch zu den bedeutendsten Zuchtgebieten des hannoverschen Warmblutpferdes in Niedersachsen. Touristisch ist der Landkreis Stade mit vielen Sehenswürdigkeiten und kulturellen Besonderheiten (Altes Land, malerische Fachwerkarchitektur in der Altstadt von Stade und Buxtehude, Marschgebiete am Elbstrom oder weite Feldern, Wiesen und Wäldern der Geestlandschaft) eine der bedeutendsten Regionen in Niedersachsen.

2.3 Geschichte der Psychiatrie in Stade

Die Stader Psychiatrie entwickelte sich nach und nach seit den 1970er Jahre. Diese Entwicklung spiegelt die gesellschaftlichen Veränderungen und die Strukturveränderungen in der psychiatrischen Versorgung, eingeleitet durch die Psychiatrie- Enquête 1975: Von großen wohnortfernen psychiatrischen Anstalten für „Langzeitaufenthalte“ bis hin zu einer wohnortnahen Versorgung, mit stationären, ambulanten und parallelen soziotherapeutischen Angeboten, wo die Patienten möglichst selbstbestimmt behandelt werden konnten. Da sich in der vorliegenden Untersuchung um die Patientenperspektive und ein Stück Selbstbestimmung handelt, sollte die interessante Historie der hiesigen Psychiatrischen Klinik vorgestellt werden.

In einem neuen, 1967 eröffneten Stader Krankenhaus wurde 1970 zunächst eine Neurologische Klinik aufgebaut, unter der Leitung des Neurologen und Psychiaters Dr. med. Kurt Suwelack.

Im Rahmen der Neurologischen Klinik wurde im 7. Stock des Krankenhauses eine Station eingerichtet für Patienten, die als funktionell oder psychisch krank galten. Für suizidale Patienten oder Patienten mit akuten Erregungszuständen wurden damals im Keller des Krankenhauses Verwahrzellen errichtet, die formal dem Landkreis unterstanden und wo die Menschen nach dem „SOG“ (Niedersächsisches Gesetz über die öffentliche Sicherheit und Ordnung) untergebracht wurden. Für die medizinische Betreuung waren sowohl die internistische als auch die neurologische Klinik zuständig. Die Patienten wurden dann in drei Tagesfrist nach amtsärztlicher Untersuchung mit richterlichem Beschluss in das Landeskrankenhaus Lüneburg gebracht. Mit der Zeit wurde den Ärzten gestattet diese Patienten soweit wie möglich auf die damals noch wenig gesicherte Station zu holen, wo durch die Behandlungsmaßnahmen der

Zustand sich oft so weit verbesserte, dass eine Fortsetzung der Behandlung in der Stader Klinik ohne Notwendigkeit einer Verlegung in das 100 Kilometer entfernte Lüneburg möglich war.

In den folgenden Jahren wurden wiederholt Bemühungen um die Anerkennung eines Konzeptes einer neurologisch – psychiatrischen Klinik unternommen. Die Entwicklung einer Abteilungspsychiatrie in einem Allgemeinkrankenhaus war dadurch erschwert, dass für die Versorgung psychisch Kranker nach dem neuen Psych KG (Niedersächsisches Gesetz für Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen vom 30.6.1978) der Landkreis zuständig war, das Krankenhaus war damals jedoch eine städtische Einrichtung. Die psychiatrische Arbeit am Stader Krankenhaus wurde bis 1989 lediglich geduldet.

Schließlich wurde 1989 die Psychiatrie – mit einer 20-Betten-Station – anerkannt. In der Folge wurden weitere ärztliche und auch psychologische Mitarbeiter eingestellt, unterstützt durch Krankengymnasten, Ergo- und Kunsttherapeuten. In den folgenden Jahren, mit Hilfe einer Selbsthilfeeinrichtung „Brücke“, wurde das Konzept einer gemeindenahen Psychiatrie weiterentwickelt.

1993 wurde die bisherige neurologisch – psychiatrische Klinik in zwei selbständige Kliniken für Psychiatrie und Neurologie geteilt. Der Nachfolger des in den Ruhestand verabschiedeten Dr. Suwelack wurde in der Psychiatrischen Klinik Dr. phil. Dr. med. Rolf Saupe.

Unter seiner Leitung wurde die Psychiatrische Klinik des Stader Krankenhauses 1998 um eine zweite Station auf 53 vollstationäre Betten vergrößert und die Klinik erhielt den Vollversorgungsauftrag für den Landkreis Stade. 2001 wurde eine Tagesklinik mit 22 Plätzen eröffnet. Parallel wurde eine Psychiatrische Institutsambulanz entwickelt. Schließlich gelang es 2006 die Klinik um eine dritte psychiatrische Station, mit Schwerpunkt Psychosomatik, zu erweitern mit nun einer Gesamtzahl von 72 stationären Betten und 23 teilstationären Plätzen.

Ganz aktuell wurde durch das Land Niedersachsen eine weitere Erhöhung der Bettenanzahl auf nunmehr 78 Betten veranlasst.

Die Weiterentwicklung der Abteilungspsychiatrie im heutigen Elbe Klinikum Stade wird seit 2007 durch Prof. Dr. med. Martin Huber vorangetrieben. Zu den bisherigen Aufgaben einer gemeindenahen Psychiatrie werden zusätzlich akademische Schwerpunkte etabliert, unter anderem weil das Haus 2009 zum Lehrkrankenhaus der Medizinischen Hochschule Hannover und seit 2010 auch zum Lehrkrankenhaus des Universitätsklinikums Eppendorf ernannt wurde.

2.4 Vergleich der Kliniken aus der Region

Aus den Qualitätsberichten gemäß § 137 SGB V für das Berichtsjahr 2008

Name des Hauses	Elbe Klinikum Stade GmbH	Diakoniekrankenhaus Rotenburg (Wümme) gGmbH	Seepark Klinik Debstedt	Psychiatrische Klinik Lüneburg gGmbH
Organisation	Abteilungspsychiatrie in einem Haus der Schwerpunktversorgung	Abteilungspsychiatrie in einem Haus der Maximalversorgung	Abteilungspsychiatrie in einer Schwerpunkt-klinik mit den Bereichen Orthopädie, Urologie, Psychiatrie und Anästhesiologie	Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie
Akademisches Lehrkrankenhaus	Akademisches Lehrkrankenhaus der Hochschule Hannover	Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Göttingen	Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Göttingen	Akademisches Lehrkrankenhaus der Georg-August-Universität Göttingen
Fachabteilungen Bettenzahl	13 Fachabteilungen, 545 Betten, vollstationäre Fallzahl: 20.575	22 Fachabteilungen, 698 Betten, vollstationäre Fallzahl: 23.763	7 Fachabteilungen, 323 Betten, vollstationäre Fallzahl: 7.227	2 Fachabteilungen, 260 Betten, vollstationäre Fallzahl: 3.725
Ausstattung der psychiatrischen Klinik	72 Betten, 23 Tagesklinikplätze, Institutsambulanz	80 Betten, 20 Tagesklinikplätze, Institutsambulanz	114 Betten, 18 Tagesklinikplätze, Institutsambulanz	214 Betten, 64 Tagesklinikplätze, Institutsambulanz
Versorgungsauftrag	Versorgungsauftrag für den Landkreis Stade mit 193.000 Einwohnern	Versorgungsauftrag für den Landkreis Rotenburg (Wümme) mit 165.000 Einwohnern	Versorgungsauftrag für die Landkreise Cuxhaven und Osterholz mit 320.000 Einwohnern	Versorgungsauftrag für die Landkreise Lüneburg und Harburg mit 420.000 Einwohnern

Fallzahlen	Vollstationär: 1.159 Fälle Teilstationär: 111 Fälle	Vollstationär: 1.778 Fälle Teilstationär: 361 Fälle	Vollstationär: 1.469 Fälle Teilstationär: 74 Fälle	Vollstationär: 3.394 Fälle
Versorgungsschwerpunkte	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen - Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen - Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen - Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen - Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen - Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen - Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen - Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren 	<ul style="list-style-type: none"> -Biologische Verfahren - Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen - Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen - Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen - Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen - Diagnostik und Therapie von Verhaltensstörungen - Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen - Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen - Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren 	<ul style="list-style-type: none"> -Entzugsbehandlung -Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen -Verhaltenstherapie in der Gruppe, Entspannungstherapien, Licht- und Wochtherapie - Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen - Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren - Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen - Intelligenzstörungen - Gerontopsychiatrische Störungen 	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (z.B. durch Alkohol, andere Suchtmittel) - Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen - Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen - Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen - Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren - Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen - Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen - Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen

				<ul style="list-style-type: none"> - Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend - Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen - Spezialsprechstunde (PTBS) - Psychiatrische Tagesklinik - Illegale Drogen
Ärzte	Insgesamt: 13,7 Vollkräfte, davon Fachärzte: 3,8 Vollkräfte	Insgesamt: 17,4 Vollkräfte, davon Fachärzte: 7 Vollkräfte	Insgesamt: 15,1 Vollkräfte, davon Fachärzte: 7 Vollkräfte	Insgesamt: 35 Vollkräfte, davon Fachärzte: 16,6 Vollkräfte
10 Hauptdiagnosen (ICD-10) und Fallzahlen	F10: 330 F32: 184 F43: 164 F20: 129 F33: 79 F25: 44 F05: 39 F06: 28 F41: 20 F13: 19	F10: 583 F20: 333 F60: 221 F43: 201 F32: 109 F31: 89 F19: 78 F33: 67 F03: 45 F25: 41	F10: 328 F32: 228 F33: 191 F19: 189 F20: 170 F05: 92 F11: 41 F60: 39 F25: 31 F06: 23	F10: 1021 F32: 573 F19: 365 F20: 360 F60: 302 F33: 263 F43: 177 F25: 162 G30: 102 F31: 86

3 Methodik

3.1 Untersuchungsinstrumente

3.1.1 ZUF-8 – Fragebogen zur Patientenzufriedenheit

Als Erhebungsinstrument in der Untersuchung wurde der ZUF-8 – ein Zufriedenheitsfragebogen zur globalen Erfassung von Patientenzufriedenheit mit der erhaltenen stationären Behandlung – eingesetzt. Der Fragebogen wurde auf Grundlage des amerikanischen CSQ (Consumer Satisfaction Questionnaire – von Attkisson und Zwick) konstruiert und nach den üblichen Testgütekriterien überprüft (Schmidt, Lamprecht, Wittmann, 1989; Schmidt, Wittmann, 2002; Kriz et al., 2008).

Die Auswahl des Fragebogens für unsere Zufriedenheitsmessung resultierte aus folgenden Gründen:

ZUF-8 ist ein sehr kurzes, zeitökonomisches Verfahren. Der Fragebogen kann innerhalb von ca. 2-3 Minuten beantwortet werden. Lange, ausführliche Fragebogen sind schwer zu handhaben und beinhalten das Risiko einer geringeren Rücklaufquote.

ZUF-8 ist ein methodisch abgesichertes Verfahren zur Erfassung der Patientenzufriedenheit, es ist psychometrisch überprüft und genügt den methodischen Anforderungen, insbesondere der Kriterien der Validität (Gültigkeit) und Reliabilität (Zuverlässigkeit), im Gegensatz zu vielen oft in den Studien verwendeten selbst entwickelten Instrumenten. ZUF-8 ist mittlerweile in Deutschland, in psychosomatischen und psychiatrischen Kliniken verbreitet. Dies ermöglicht den Vergleich der einzelnen Untersuchungen und der Einrichtungen.

Der Nachteil dieses Instrumentes ist, dass es eine globale Zufriedenheit misst, die, wie in der Literaturübersicht erwähnt, meistens einen positiven Bias erzielt und aus den Ergebnissen wenig Aussagen über die Qualität der Versorgung oder qualitätsverbessernde Maßnahmen gemacht werden können.

Um diesem Aspekt zumindest ansatzweise Rechnung zu tragen, wurde in unserer Studie eine zusätzliche, offene Frage zugefügt.

Der ZUF-8 als deutschsprachige Adaptation des CSQ wurde von Schmidt, Lamprecht und Wittmann 1989 beschrieben. Dabei entstand ein einfaches Instrument zur Messung der Zufriedenheit mit der stationären Versorgung in psychosomatischen bzw. psychotherapeutischen Kliniken. In der beschriebenen Studie wurden gleichzeitig erste Validitätsuntersuchungen in Form von Korrelationen von Zufriedenheitswerten mit Patientenvariablen durchgeführt. Die Variablen, die einbezogen wurden, waren demographische Merkmale, wie z.B. Geschlecht, Altersgruppe, Schulabschluss oder Beruf, sowie subjektive Outcome-Ratings wie Beurteilung des jetzigen Gesundheitszustandes, Leistungsfähigkeit, sowie Verfassung zu Beginn der Behandlung und zum Entlassungszeitpunkt, wie auch „Attribution der wahrgenommenen Änderung der Beschwerden“ (intern oder extern).

Es wurden drei Versionen von CSQ ins Deutsche adaptiert: CSQ-17, CSQ-15 und die Kurzversion CSQ-8. Um Antworttendenzen vorzubeugen wurde die Antwortrichtung unterschiedlich gepolt. Anders wie beim Original, das sich auf die Gemeindeversorgung bezog, wurden manche Fragen oder Aussagen geeignet für die stationäre Versorgung umformuliert.

Die Datenanalysen wurden mit dem Statistikprogrammssystem SPSS durchgeführt. „Berechnet wurden u.a. die Item-Statistiken, Itemanalysen der Gesamtskala (17 Items) und reduzierter Skalen, sowie verschiedenen Faktorenanalysen (Hauptkomponentenanalyse mit Varimaxrotation) und Korrelationen mit Zusatzvariablen“.

Die Rücklaufquote (von 300 ausgeteilten Bögen) betrug in der Studie von Schmidt, Lamprecht, Wittmann, 1989 knapp 80%. Die überwiegende Zahl der Beurteilungen – je nach Frage zwischen 75,3% und 98,7% – war positiv (hier mitgerechnet die zwei positiven Antwortmöglichkeiten z.B. „weitgehend“ oder „sehr zufrieden“).

Die Items der verschiedenen Versionen des Fragebogens wurden durch die Itemanalysen auf ihre Brauchbarkeit, also „auf ihre Eignung als Instrument der Zufriedenheitsmessung“ untersucht. Dabei korrelierten die drei untersuchten Versionen des Fragebogens stark miteinander. Die Validitätsuntersuchungen zeigten die höchste Korrelation zwischen der generellen Zufriedenheit und „der wahrgenommenen Veränderung der subjektiven Verfassung“. Weiter korrelierten die Zufriedenheitswerte mit dem subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustand, der Leistungsfähigkeit und der Verfassung am Ende der Behandlung. Es wurden keine statistisch signifikanten Zusammenhänge gefunden zwischen der generellen Zufriedenheit und demographischen Merkmalen („Keine signifikanten alters/geschlechts- und schichtspezifischen Beziehungen zur generellen Zufriedenheit“).

Zusammenfassend ist der Fragebogen ZUF-8 „ein ökonomisches und reliables Messinstrument der generellen bzw. allgemeinen Zufriedenheit, welches psychometrisch untersucht worden ist und für die Belange der stationären Versorgung in psychosomatischen/psychotherapeutischen Kliniken geeignet erscheint“ (Schmidt et al., 1989).

Der Fragebogen zur Patientenzufriedenheit ZUF-8 besteht aus acht Fragen, mit jeweils vier vorgegebenen Antwortmöglichkeiten ohne neutrale Position. Um Antworttendenzen vorzubeugen, wurde die Antwortrichtung unterschiedlich gepolt: der höchste Zufriedenheitsausdruck befand sich in manchen Fragen (Nr. 1, 3, 6, 7) links, in den übrigen Fragen (Nr. 2, 4, 5, 8) wurde die positivste Aussage rechts platziert.

Fragebogen zur Patientenzufriedenheit (ZUF-8), ergänzt:

1. Wie würden Sie die Qualität der Behandlung, welche Sie erhalten haben, beurteilen? (Antwortmöglichkeiten: ausgezeichnet, gut, weniger gut, schlecht)
2. Haben Sie die Art von Behandlung erhalten, die Sie wollten? (eindeutig nicht, eigentlich nicht, im Allgemeinen ja, eindeutig ja)
3. In welchem Maße hat unsere Klinik Ihren Bedürfnissen entsprochen? (sie hat fast allen meinen Bedürfnissen entsprochen, sie hat den meisten meiner Bedürfnisse entsprochen, sie hat nur wenigen meiner Bedürfnisse entsprochen, sie hat meinen Bedürfnissen nicht entsprochen)
4. Würden Sie einem Freund / einer Freundin unsere Klinik empfehlen, wenn er / sie eine ähnliche Hilfe benötigen würde? (eindeutig nicht, ich glaube nicht, ich glaube ja, eindeutig ja)
5. Wie zufrieden sind Sie mit dem Ausmaß der Hilfe, welche Sie hier erhalten haben? (ziemlich unzufrieden, leidlich oder leicht unzufrieden, weitgehend zufrieden, sehr zufrieden)
6. Hat die Behandlung, die Sie hier erhielten, Ihnen dabei geholfen, angemessener mit Ihren Problemen umzugehen? (ja, sie half eine ganze Menge, ja, sie half etwas, nein, sie half eigentlich nicht, nein, sie hat mir die Dinge schwerer gemacht)
7. Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung, die Sie hier erhalten haben, im Großen und Ganzen? (sehr zufrieden, weitgehend zufrieden, leidlich oder leicht unzufrieden, ziemlich unzufrieden)
8. Würden Sie wieder in unsere Klinik kommen, wenn Sie eine Hilfe bräuchten? (eindeutig nicht, ich glaube nicht, ich glaube ja, eindeutig ja)
9. Platz für eigene Bemerkungen: ...

3.1.2 BADO – Psychiatrische Basisdokumentation

Psychiatrische Basisdokumentation (BADO) wurde in den 1990-er Jahren durch eine Arbeitsgruppe „Basisdokumentation und Ergebnisqualität“ im Rahmen von DGPPN-Referat „Qualitätssicherung“ erarbeitet. Es wurde eine bisherige Version von Dilling et al. aus dem Jahre 1982 zum Zweck der internen und externen Qualitätssicherung revidiert und ergänzt, und 1995 als offizielle Empfehlung der DGPPN publiziert. Die Einführung der DGPPN-BADO wurde als Instrument der Qualitätssicherung sowie als Mittel zum Vergleich zwischen verschiedenen Kliniken gesehen (Cording et al., 1995; Cording, Gastpar, 1997). Die Module des BADO-Merkmalkataloges werden auch als Software für Krankenhaus-Informationssysteme angeboten.

Für die vorliegende Untersuchung wurden aus dem ausführlichen Datenkatalog der psychiatrischen Basisdokumentation die wichtigsten Patientendaten und Merkmale herausgenommen. Ausgewählt wurden Daten mit einer unmittelbaren klinischen Bedeutung, wie: Aufnahme- und Entlassungsdatum, Rechtsgrundlage der Behandlung (freiwillig, PsychKG, BGB), Art der Einweisung (Hausarzt, Facharzt, eigene Ambulanz, Verlegung aus anderer Klinik, etc.), Wohnsituation des Patienten, Schulabschluss, berufliche Situation, Muttersprache (Deutsch vs. andere, mit guten oder schlechten Deutschkenntnissen), Versicherungsstatus (gesetzlich, privat). Weiter wurden Daten aus der Krankheitsvorgeschichte erfasst, z.B. Form der bisherigen Behandlung, Beginn der psychiatrischen Behandlung, Anzahl der früheren (teil)stationären Aufenthalte, Zeitraum seit dem Beginn der jetzigen Krankheitsmanifestation. Dokumentiert wurden zudem Informationen zur aktuellen Behandlung wie Einsatz von Psychopharmaka (Antipsychotika, Antidepressiva, Phasenprophylaxe, etc.), Probleme bei der Psychopharmakotherapie (Nebenwirkungen, mangelnde Wirkung), CGI-Wert (Clinical Global Impressions) und GAF-Wert (Global Assessment of Functioning) bei Aufnahme und bei

Entlassung, Gewicht bei Aufnahme und bei Entlassung sowie psychiatrische und somatische Diagnosen (nach ICD-10).

3.2 Ablauf der Untersuchung

Vor der Durchführung der Studie wurden alle an der Behandlung Beteiligten Personen (Ärzte, Psychologen, Pflegepersonal) über das Projekt aufgeklärt. Der anfänglich geplante Einsatz von mehreren Zufriedenheitsfragebögen, bzw. mehrmalige Erfassung der Patientenzufriedenheit im Verlauf der Behandlung sowie der Einsatz von verschiedenen Skalen und Tests zur Erhebung zusätzlicher Patientenvariablen (des psychopathologischen Befundes, der Persönlichkeitsmerkmale etc.) erwiesen sich unter der gegebenen Klinikstrukturen als schwer durchführbar. Als Kompromiss wurden der Einsatz von ZUF-8 und die Einführung von einem BADO-Bogen mit den wichtigen, klinisch bedeutsamen Patientenvariablen – wie CGI und GAF – besprochen. Aus der Befragung wurden so genannte „Kurzlieger“ ausgeschlossen, also Patienten, die sich in der Klinik kürzer als sieben Tage befanden.

In der Studie wurden Patienten am Entlassungstag nach ihrer Zufriedenheit mit der erhaltenen Klinikbehandlung befragt. Die Untersuchung dauerte drei Monate und erfolgte vom 15.05.2009 bis zum 15.08.2009. In die Untersuchung gingen alle Patienten ein, die in der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Elbe Klinikums Stade länger als sieben Tage versorgt wurden und im beschriebenen Zeitraum aus der stationären oder teilstationären Behandlung entlassen wurden. Der Zufriedenheitsfragebogen (ZUF-8) wurde dem Patienten vom Pflegepersonal ausgehändigt und nach der Beantwortung

wieder eingesammelt. Die Teilnahme an der Untersuchung war freiwillig. Alle Daten wurden für die Auswertung anonymisiert. Die Patienten wurden vor der Befragung über den Hintergrund der Untersuchung sowie über die Anonymisierung der Daten auf einem zusammen mit dem ZUF-8 verteiltem Informationsblatt aufgeklärt.

Der Fragebogen wurde mit der Aufnahmenummer des Patienten versehen, um später die Aussagen des jeweiligen Patienten seinen BADO-Daten zuordnen zu können. Von den Patienten, die in der erwähnten Periode entlassen worden sind, wurden Patientenmerkmale: Demographische Daten und Krankheitsvariablen durch einen BADO-Bogen erhoben. Die Bogen befanden sich in den Patientenakten und wurden durch die behandelnden Ärzte/Psychologen ausgefüllt.

Die ZUF-8-Fragebogen wurden nach der Beendigung dieser dreimonatigen Periode fortlaufend gesammelt und, ebenfalls nach einem dreimonatigen Zeitabschnitt, vom 16.08.2008 bis zum 15.11.2009, ausgewertet. Dieser Teil der Erhebung wurde durchgeführt zum einen um die Patientenzufriedenheitserfassung weiter zu etablieren, zweitens um eventuelle Bias auszuschließen. Die Erhebung wurde methodisch etwas anders durchgeführt. Sie erfolgte, ähnlich wie die weitere kontinuierliche Patientenbefragung, völlig anonym. Die Fragebogen wurden weiter vom Pflegepersonal ausgeteilt, aber, anders als in der ersten Phase, wurden die ausgefüllten Bogen von den Patienten in den auf den Stationen stehenden Behälter eingesammelt.

Die Ergebnisunterschiede zwischen den beiden Untersuchungsabschnitten konnten auf diese Weise mit den Differenzen in der Methodik abgeglichen werden: Eine unterschiedliche Anonymisierung (Fragebogen mit Patientenummer vs. ohne Nummer), unterschiedliche Wege der Dateneinsammlung (persönlich vom Pflegepersonal vs. in Behältern auf dem

Flur). Auch das Maß an Motivation beim Personal bei der Austeilung der Bögen (eine sehr hohe Motivation bei der Durchführung der ersten „wissenschaftlichen Untersuchung“ in der Klinik in der ersten Episode der Erhebung vs. ein geringerer Ansporn in der weiteren Phase).

3.3 Datenanalysen

Die Datenanalysen erfolgten mit Hilfe des Statistik-Programmsystems SPSS Software und Lösungen für Predictive Analytics (SPSS 19.0 für Windows). Neben der deskriptiven Statistik wurde der Korrelationskoeffizient nach Pearson für kontinuierliche Merkmale berechnet (alle Variablen aus der Tabelle 2, Seite 47 und ZUF-8-Gesamtscore, CGI- und GAF-Werte, siehe Tabelle 5, Seite 50). Um Gruppenunterschiede beim ZUF-8-Gesamtscore zu untersuchen, wurde der Student-t-Test oder, bei mehr als zwei Gruppen, eine One-way Varianzanalyse für kontinuierliche Variablen benutzt. Als unabhängige Variablen wurden folgende Merkmale untersucht: Geschlecht, Schulbildung, Muttersprache, Diagnose, Psychopharmakabehandlung (versus keine), Behandlung mit Antidepressiva, Probleme bei Psychopharmakotherapie, körperliche Beeinträchtigung, Station der Klinik, wo die Behandlung stattfand. Die Bedeutung der Variablen „Rechtsgrundlage der Aufnahme“ und „Versicherungsstatus“ konnten wegen zu geringer Gruppengrößen nicht evaluiert werden. Um systematische Fehler (bias effects) auszuschließen, wurde der Chi-Quadrat-Test für dichotome Daten durchgeführt. Die Bezeichnung „signifikant“ wurde für Resultate mit p-Wert von $\leq 0,05$ benutzt.

Zur Datenanalyse des ZUF-8 wurden seine 8 Items einheitlich gepolt: Die jeweils höchste Zufriedenheitsaussage wurde mit 4 verrechnet, die geringste mit 1, die Summe ergab eine Gesamtscore von 8 bis maximal 32 (Schmidt, Lamprecht, Wittmann, 1989).

In der Datenanalyse wurden nur die komplett ausgefüllten ZUF-8-Bogen berücksichtigt. Da lediglich drei Fragebogen nicht komplett ausgefüllt waren, konnten keine Rückschlüsse über die „Teilausfüller“ gezogen werden (Schmidt, Lamprecht, Wittmann, 1989).

4 Ergebnisse

4.1 Deskriptive Statistik

Im Untersuchungszeitraum, zwischen dem 15.05.2009 und dem 15.08.2009, kam es zu 304 Entlassungen. Davon wurden 282 Patienten aus der stationären Behandlung und 22 aus der Tagesklinik entlassen. Bei den stationären Patienten handelte es sich in 91 Fällen um sog. „Kurzlieger“ – d.h. Patienten, die sich in der Klinik kürzer als sieben Tage befanden; was 32,3% der gesamten Entlassungen aus der stationären Behandlung (29,9% der gesamten Entlassungen stationär + teilstationär) ausmacht. Die übrigen 213 Patienten wurden als Untersuchungskohorte genommen. Davon wurden 65 Patienten aus der Station 7A entlassen, 59 aus der Station 7B und 67 Patienten aus der Station U1B. Aus der Tagesklinik wurden in diesem Zeitraum 22 Patienten entlassen, es fanden sich dort keine Kurzlieger.

Die Rücklaufquote bei der Befragung lag im Durchschnitt bei 54%.

In der zweiten Periode der Zufriedenheitserhebung betrug die Rücklaufquote im Durchschnitt 31,5%.

Die Tabelle 1 zeigt die Patientenverteilung, Anteil der Kurzlieger, die Untersuchungskohorte und die Rücklaufquote des ZUF-8-Bogens.

Tabelle 1: Patientenverteilung, Anteil der Kurzlieger, Untersuchungskohorte und Rücklaufquote des ZUF-8-Bogens

	Entlassungen gesamt	„Kurzlieger“ (% der gesamten Entlassungen)	„Langlieger“ = Untersu- chungs- kohorte	ZUF-Ausfüller (% der Langlieger) = ZUF- Rücklaufquote
Entlassungen gesamt	304	91 (29,9)	213	115 (54,0)
Gesamt stationär	282	91 (32,3)	191	99 (51,8)
7A	97	32 (33,0)	65	32 (49,2)
7B	78	19 (24,3)	59	29 (49,2)
U1B	107	40 (37,4)	67	38 (56,7)
Tagesklinik	22	0 (0)	22	16 (72,7)

In der Tabelle 2 werden die soziodemographischen und klinischen Merkmale der 213 Patienten der Untersuchungsgruppe (erfasst anhand des BADO-Fragebogens) beschrieben.

Tabelle 2: Deskriptive kontinuierliche Merkmale der Untersuchungsgruppe (n=113)

Merkmal [Einheit]	Mittelwert \pm Standardabweichung (Range)
Alter [Jahre]	48,3 \pm 16,6 (18,5 – 87,3)
Dauer der psychischen Erkrankung (von der ersten Krankenhausbehandlung) [Jahre]	5,1 \pm 7,9 (0,4-44,4)
Dauer der Krankenhausbehandlung [Monate]	1,4 \pm 1,2 (0,2-7,9)
Dauer vom Anfang der jetzigen Episode [Monate]	2,2 \pm 0,8 (1-4)
Die Zahl der früheren Krankenhausbehandlungen in den psychiatrischen Kliniken	2,5 \pm 4,6 (0-37), hiervon 1,4 \pm 2,6 (0-17) in der hies. Klinik 1,1 \pm 3,0 (0-20) in anderen psychiatrischen Kliniken
Gewicht [kg] bei Aufnahme bei Entlassung Gewichtsveränderung	75,0 \pm 16,2 (42,0-128,0) 75,8 \pm 16,0 (42,0-125,0) 0,7 \pm 2,9 (-10,0 – 18,0)
Verhältnis Gewichtsveränderung/ Behandlungsdauer [kg/Monate]	0,8 \pm 2,6 (0,0 – 7,0)
Durchschnittliche Anzahl der somatischen Diagnosen	1,0 \pm 1,4 (0-7)

Die Diagnoseverteilung der 113 Patienten der Untersuchungsgruppe wird in der Tabelle 3 dargestellt.

Tabelle 3: Diagnosegruppen nach ICD-10 (n=113)

	Anzahl der Hauptdiagnose	Anzahl der Nebendiagnosen *
F0 – Organische Störungen	6	5
F1 – Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen**	26	32
F2 - Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	17	1
F3 – Affektive Störungen	48	3
F4 – Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	12	11
F5 – Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	0	1
F6 – Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	3	15
F7 - Intelligenzminderung	1	2

* multiple Bezeichnung pro Person möglich

** zusammen, 8 Patienten (7,1%) zeigten nur ein Substanzabusus, weitere 29 Patienten (25,7%) litten unter einer Abhängigkeit (unabhängig von der Haupt- oder Nebendiagnose).

In der Tabelle 4 werden unterschiedliche medikamentöse Behandlungsstrategien in der Untersuchungsgruppe dargestellt.

Tabelle 4: Medikamentöse Behandlungsstrategien in der Untersuchungsgruppe (n=113)

Medikation	Anzahl (von=113)
Typische Neuroleptika (Monotherapie)	8 (7,1%)
Atypika (Monotherapie)	8 (7,1%)
Antidepressiva (Monotherapie)	33 (29,2%)
Benzodiazepine (Monotherapie)	1 (0,9%)
Benzodiazepine als Komedikation	13 (11,5%)
Stimmungsstabilisatoren (Monotherapie)	1 (0,9%)
Stimmungsstabilisatoren als Komedikation	7 (6,2%)
Clomethiazol als Monotherapie	6 (5,3%)
Kombination Typika + Atypika	9 (8,0%)
Kombination Typika + Antidepressiva	12 (10,6%)
Kombination Atypika + Antidepressiva	18 (15,9%)
Kombination Typika + Atypika + Antidepressiva	4 (3,5%)
Keine Medikation	13 (11,5%)

Die GAF- und CGI-Werte in der Untersuchungsgruppe sowie den ZUF-8-Gesamtscore zeigt die Tabelle 5.

Tabelle 5: GAF und CGI-Werte sowie ZUF-8-Gesamtscore in der Untersuchungsgruppe

GAF (Punkte)	
bei Aufnahme	42,0 ± 11,8 (15-65)
bei Entlassung	66,6 ± 11,6 (35-95)
delta GAF (Aufnahme – Entlassung)	24,6 ± 14,7 (0-70)
CGI (Punkte)	
bei Aufnahme	6,1 ± 0,75 (4-8)
bei Entlassung, Teil 1	4,3 ± 1,2 (2-7)
bei Entlassung, Teil 2	3,1 ± 0,9 (2-7)
delta CGI (Aufnahme – Entlassung)	1,8 ± 1,3 (-1 – 5)
ZUF-8-Globalwert bei Entlassung (Punkte)	26,9 ± 4,0 (9,0-32,0)

Im Hinblick auf die subjektive globale Einschätzung der Zufriedenheit (Item 7 von ZUF-8) waren 48 Patienten (42,8%) sehr zufrieden, 60 (53,1%) weitgehend zufrieden, 3 (2,7%) leidlich oder leicht unzufrieden und 2 (1,8%) ziemlich unzufrieden.

4.2 Korrelationen

Die Korrelationsanalyse zeigte, dass der globale ZUF-8-Skalenwert mit dem CGI-Wert bei Entlassung signifikant negativ (CGI Teil 1: $r=-0,197$; $p=0,036$; Teil 2: $r=-0,325$; $p<0,001$) und mit dem GAF-Wert bei Entlassung positiv korrelierte ($r=0,239$; $p=0,011$).

Untersucht wurde die Hypothese, dass die Veränderung von GAF oder CGI während der Behandlung mit der Patientenzufriedenheit korreliert. Festgestellt wurde dabei eine Tendenz zur Korrelation zwischen der Veränderung von CGI (Unterschied zwischen dem Wert bei Aufnahme und bei Entlassung) und dem ZUF-8-Gesamtscore ($r=0,185$; $p=0,050$). Das heißt, die Patienten, die während des Klinikaufenthaltes „gesünder“ wurden (eine größere Reduktion des CGI-Wertes), waren tendenziell zufriedener mit der Behandlung.

Aus der Korrelationsanalyse ergab sich außerdem, dass die Patienten ohne Probleme bei der Psychopharmakotherapie ($n=86$) zufriedener waren als Patienten mit solchen Schwierigkeiten ($n=12$; $p=0,003$; ZUF-8 -Gesamtscore $27,4 \pm 3,6$ vs. $23,8 \pm 4,9$ Punkte; $T=-3,02$; $df=96$; $n=13$ ohne Medikation; $n=2$ missing Data). Von den Patienten mit medikamentösen Beeinträchtigungen war bei fünf Personen Therapieresistenz bzw. mangelnde Wirkung der Medikation nachzuweisen, fünf weitere zeigten mangelnde Compliance und zwei Patienten erhebliche unerwünschte Arzneimittelwirkungen.

Schließlich wurden Zusammenhänge zwischen spezifischen Diagnosen und Zufriedenheitsausprägung analysiert. Um das zu untersuchen, wurden Patienten mit der Diagnosegruppe F2 – schizophrene, schizotype und wahnhaftige Störungen sowie F6 – Persönlichkeitsstörungen ($n=35$) mit Patienten mit übrigen Diagnosegruppen verglichen ($n=78$). Es konnte nachgewiesen werden, dass die Patienten der Diagnosegruppen F2 und F6 mit der

Behandlung tendenziell weniger zufrieden waren ($p=0,071$; globaler ZUF-8-Wert $25,9 \pm 5,0$ vs. $27,4 \pm 3,4$ Punkte; $T=-1,83$; $df=111$).

In diesen Gruppen gab es keinen Selektionsbias durch Probleme bei der Psychopharmakotherapie. Allerdings, beim getrennten Betrachten der Gruppe der Patienten mit schizophrenen Erkrankungen ($n=16$), ist zu sehen, dass hier Schwierigkeiten mit der Medikation bei fünf Patienten nachzuweisen waren, wohingegen in der Gruppe von Persönlichkeitsstörungen ($n=16$) diese Beeinträchtigungen nur bei einer Person beobachtet und bei den übrigen Patienten ($n=60$) lediglich in sechs Fällen registriert wurden.

Hinsichtlich der anderen untersuchten demographischen und klinischen Merkmale (Geschlecht, Alter, Schulbildung, Muttersprache, Anzahl früherer stationären Aufenthalte, Aufenthaltsdauer, körperliche Beeinträchtigung, Anzahl somatischer Diagnosen, Erkrankungsdauer, Psychopharmakabehandlung /versus keine/, Gewichtsdiﬀerenz), wurden in dieser Studie keine signifikanten Korrelationen bzw. Zusammenhänge zwischen diesen Variablen und dem Zufriedenheitsgrad festgestellt.

Nachgewiesen wurden keine Unterschiede zwischen dem durchschnittlichen ZUF-8-Gesamtscore beim ersten dreimonatigen Teil der Studie ($n=113$; $26,9 \pm 4,0$ Punkte) mit der BADO-Erhebung und der zweiten Periode der Zufriedenheitserfassung ohne BADO (t-test; $T=-0,54$; $df=178$).

4.3 Offene Frage

Eine offene Frage gibt den Patienten die Möglichkeit, spontan eigene Meinung zu äußern, dezidiert ihre Zufriedenheit oder Unzufriedenheit zu äußern oder ein Kommentar bezüglich ihrer Behandlung abzugeben (Möller-Leimkühler, 2003). Diese Möglichkeit wurde in der vorliegenden Untersuchung insgesamt (in den beiden Perioden der Erhebung) auf den 71 ZUF-8-Bögen (39% der ausgefüllten Bögen) in Anspruch genommen.

Die Mehrheit der Aussagen ist positiv: von „War nicht schlecht“, „Der Umgang mit den Patienten ist sehr zufriedenstellend“ bis hin zu enthusiastischen „Herzlichen Dank an alle Schwestern + Doktoren. Sie sind die besten Menschen der Welt“. 14 Bemerkungen waren kritisch, zum Beispiel: „zu unpersönliche Behandlung, zu wenig Platz für individuelle Vorstellung von Hilfsangeboten“, „Es wurde weniger Rücksicht auf die Nebenwirkungen genommen“, „Gespräche fehlen an allen Ecken und Kanten“, „Die Diabetikerkost war zu einseitig“. 11 Kommentare erschienen mit Verbesserungsvorschlägen („An den Visitentagen sollten zur Mittagszeit keine anderen Untersuchungen im Haus stattfinden“, „Ergotherapien könnten von 45 Min ruhig auf 60 Min verlängert werden“, „Ausgeprägtes Sportprogramm wäre toll“, „Mehr Sportangebote, mehr Augenmerk auf Ernährung nehmen“). 14 Aussagen betraf das Essen („Ein Dank an die Küche. Das Essen ist sehr gut“, „Ein großes Lob an die Küchenverantwortlichen“, „Das Essen in der Kantine/Cafeteria wiederholt sich zu oft innerhalb kurzer Zeit“, „Das Essen war sehr gut, aber Mittags oft zu wenig“).

5 Diskussion

5.1 Patientenzufriedenheit

Im Mittelpunkt der vorliegenden Arbeit liegen die Einführung einer praktikablen Methode der Routineerhebung der Patientenzufriedenheit mit der erhaltenen Klinikbehandlung sowie die ersten Evaluationsversuche der vorhandenen Ergebnisse.

Die Erhebung zeigt, dass eine Erfassung der Patientenzufriedenheit in einer Abteilungspsychiatrie eines Schwerpunktkrankenhauses machbar ist, trotz der anfangs durchaus vorhandenen Widerstände gegen das Verfahren gepaart mit Angst vor schlechten Bewertungen. Die Studie zeigte eine hohe globale Patientenzufriedenheit, dabei ergaben sich Korrelationen zwischen der Zufriedenheit und einigen Patientenmerkmalen, wie Veränderungen von GAF und CGI. Eine geringere Behandlungszufriedenheit stand im Zusammenhang mit spezifischen Diagnosen, der Gruppe F2 und F6 von ICD-10 sowie mit vorhandenen Medikationsproblemen. Es ergaben sich keine Wechselbeziehungen zwischen der Zufriedenheit und demographischen Merkmalen wie z.B. Geschlecht, Alter oder Schulbildung oder Muttersprache.

Im Folgenden werden die Resultate und die erhobenen Daten im Zusammenhang mit der Literatur diskutiert. Dabei wurden auch Möglichkeiten und Grenzen von Nutzerbefragungen für die Messung der Behandlungsqualität erwähnt (Nickel, Trojan, 2000).

Für die Untersuchung der Patientenzufriedenheit mit der erhaltenen Klinikbehandlung wurde ein Befragungsinstrument verwendet, das für eine Routineerhebung geeignet ist: Der Fragebogen ZUF-8 – ein kurzes und

zeitökonomisches Verfahren, psychometrisch überprüft und in vielen psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken in Deutschland eingesetzt.

In dem Untersuchungszeitraum kam es in der Klinik zu 307 Entlassungen, davon befanden sich 36% der Patienten kurz, unter sieben Tagen, in Behandlung und wurden aus der Befragung herausgenommen. Die übrigen 214 Patienten bildeten die Untersuchungskohorte.

Die Rücklaufquote der ersten Untersuchungsperiode betrug im Durchschnitt 55,6%, wobei die Rücklaufquote bei den stationär behandelten Patienten 53,1% und bei den Tagesklinikpatienten 77,2% betrug. Diese Ergebnisse entsprechen den Angaben in der Literatur (Siegrist et al., 2002; Längle et al., 2002; Spießl et al., 1996). Eine deutlich höhere Rücklaufquote bei den teilstationär im Vergleich zu den stationär behandelten Patienten stimmt mit den Literaturangaben überein (Gutknecht, 2005) und ist vergleichbar mit dem Rücklauf bei den Patientenmeinungsuntersuchungen in den psychosomatischen Kliniken (Schmidt, Lamprecht, Wittmann, 1989). Dies ist möglicherweise mit der Diagnoseverteilung verbunden: Bei den teilstationären Patienten als auch bei der Klientel der psychosomatischen Kliniken dominieren die Diagnosegruppen F3 (affektive Erkrankungen, vor allem Depressionen), weiter F4 (Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen) und F6 (Persönlichkeitsstörungen) (Tritt et al., 2003). Im stationären Bereich der psychiatrischen Kliniken spielen Patienten mit Diagnosen aus der Gruppe F0 (organische Erkrankungen) und F2 (Schizophrene, schizotype und wahnhaftige Störungen) eine wichtige Rolle. In diesen Gruppen sind die Fragebogenrücklaufquoten nach Literaturangaben deutlich geringer (Spießl, Klein, 1995; Fähndrich, Smolka, 1998).

Obschon diese Erklärung plausibel erscheint, sollten die Unterschiede im Fragebogenrücklauf zwischen den stationär und den teilstationär behandelten

Patienten in weiteren Untersuchungen mit längeren Erhebungszeiten und größeren Patientengruppen berücksichtigt werden.

In der zweiten Periode der Erhebung betrug die Rücklaufquote 31,5%. Die Zufriedenheitserhebungen wurden in der zweiten Zeitabschnitt völlig anonym durchgeführt, während die Bögen in der ersten Zeitperiode anonymisiert worden sind, d.h. mit einer Patientenummer gekennzeichnet, um die Zusammenhänge zwischen der Zufriedenheit und den Patientenvariablen untersuchen zu können. Die fehlende Anonymität ist eine methodische Schwäche der Studie, weil sie „die Validität der Daten durch z.B. soziale Erwünschtheit gefährden könnte“ (Gutknecht, 2005). Jedoch entgegen diesem Einwand traten keine Unterschiede hinsichtlich der ZUF-8-Gesamtscore zwischen der ersten und zweiten Untersuchungsperiode auf. Dafür aber zeigte sich der Fragebogenrücklauf in der zweiten Phase der Studie deutlich geringer. Das kann möglicherweise durch eine etwas veränderte Durchführung der Zufriedenheitserfassung erklärt werden. In der ersten Phase der Untersuchung beteiligte sich das Pflegepersonal sehr engagiert an der Austeilung und Einsammlung der Fragebogen. Die Motivation und Engagement des Personals könnten auf die Motivation der Patienten zur Beteiligung an der Studie Auswirkung haben. Nach dem ersten dreimonatigen Untersuchungsabschnitt wurde eine Routine-Erfassung der Patientenmeinungen begonnen. Das Personal teilte weiter bei der Entlassung die Fragebogen an die Patienten aus, aber die Einsammlung erfolgte nun „in Eigenverantwortung“ der Patienten, in die speziell dafür auf den Stationen aufgestellten Behälter. Auch dies könnte Auswirkung auf die Motivation der Patienten zur Ausfüllung der Fragebogen haben.

Die gesamte Zufriedenheit ist in der vorliegenden Studie, ähnlich wie in den vergleichbaren Veröffentlichungen, hoch. Sie beträgt – als Mittelwert – 26,93 in der ersten und 27,25 in der zweiten Untersuchungsperiode (auf einer Skala von

8 – niedrigste Zufriedenheit bis 32 – höchste Zufriedenheit), bei einer Standardabweichung entsprechend 4,00 und 3,80. Zum Vergleich betrug der Mittelwert bei Schmidt et al., 1989 26,30 bei einer Standardabweichung 3,64. Bei Keller et al., 2000 war der Mittelwert 28,3 bei einer Standardabweichung 3,1. Die ZUF-8-Skala weist also „eine deutliche Verschiebung zu hohen Zufriedenheitswerten“ auf (Keller et al., 2000): Bei den ZUF-8-Erhebungen finden sich generell in der Literatur die Mittelwerte über 20 (Spießl et al., 1996; Spießl et al., 2000; Härter et al., 2004).

Das weitere große Thema der vorliegenden Untersuchung sind die Korrelationen und Zusammenhänge der Zufriedenheitswerte und der Patientenvariablen. In der Versorgungsforschung ist das ein wichtiges Untersuchungsthema. Es wird untersucht, welche Patientenmerkmale mit höherer und welche mit geringerer Behandlungszufriedenheit assoziiert sind.

In der vorliegenden Untersuchung wurden Zusammenhänge zwischen den Diagnosegruppen und dem Zufriedenheitsgrad der Patienten überprüft. Dabei zeigten sich Patienten mit der Diagnosegruppe F2 (Gruppe der schizophrenen, schizotypen und wahnhaften Störungen) und F6 (Persönlichkeitsstörungen) tendenziell weniger zufrieden ($p=0.071$) als Patienten mit anderen Diagnosen.

In der Literatur liegen keine konsistenten Ergebnisse hinsichtlich des Zusammenhangs von psychiatrischen Diagnosen und der geäußerten Zufriedenheit vor. Die Autoren finden entweder keinen Zusammenhang zwischen Diagnosen und Patientenzufriedenheit (Böcker, 1989; Längle et al., 2002) oder es wird eine Korrelation zwischen psychotischer Symptomatik und einer negativeren Behandlungsbewertung beschrieben (Gruyters, Priebe, 1994). Es wird eher ein Zusammenhang zwischen der Schwere – im allgemeinen Sinne – der psychopathologischen Symptomatik und geringerer Zufriedenheitsausprägung betont (Gruyters, Priebe, 1994; Spießl et al., 1995). In der Arbeit von Kelstrup et al., 1993 wird allerdings ein höherer

Zufriedenheitsgrad bei den Patienten mit affektiven Störungen als bei Patienten mit schizophrenen Krankheitsbildern beschrieben. Zudem zeigte sich in seiner Untersuchung, dass Patienten mit Borderline- oder antisozialer Persönlichkeitsstörung niedrigere Zufriedenheits-Scores aufweisen. Eine Studie von Spießl et al., 1996 beschreibt Unterschiede in der Zufriedenheitsausprägung nicht so sehr in Abhängigkeit von Diagnosen, sondern generell zwischen gesetzlich untergebrachten Patienten und solchen, die auf freiwilliger Basis behandelt werden: Dabei zeigen sich „Patienten der forensischen Abteilung unzufriedener (...) als Patienten geschlossener Stationen und diese wiederum unzufriedener als Patienten offener Stationen. (...) Patienten mit affektiven Psychosen, Neurosen oder Persönlichkeitsstörungen äußern sich am häufigsten positiv über die Behandlung, Patienten mit schizophrenen Psychosen weniger häufig“.

Die Literaturdaten bezüglich des Zusammenhanges von psychiatrischen Diagnosen und Behandlungszufriedenheit sind somit widersprüchlich und es bedarf sicherlich weiterer Forschung um diesem Thema auf den Grund zu gehen.

Anders als der oben zitierten Publikation von Spießl et al., 1996, werden in der vorliegenden Untersuchung keine Unterschiede im Zufriedenheitsgrad zwischen den Patienten unterschiedlicher Stationen registriert. Dieser Befund ist nicht überraschend, da die Stationen in der hiesigen Abteilungspsychiatrie prinzipiell gemischt sind (trotz bestimmter Schwerpunkte) und alle bei Bedarf geschlossen sein können. Hinsichtlich der fehlenden Unterschiede in der Zufriedenheitsausprägung zwischen dem stationären und teilstationären Bereich, können diese Ergebnisse durch die Resultate einer Untersuchung von Eichler et al., 2006 bestätigt werden. Hier wurden ebenfalls keine Unterschiede in der globalen Zufriedenheit zwischen den beiden Bereichen beobachtet.

Eine statistisch signifikante Korrelation aus der vorliegenden Studie, die sich mit den Literaturergebnissen deckt, liegt zwischen der Behandlungszufriedenheit und der Erkrankungsausprägung der betroffenen Person: Weniger kranke Patienten sind generell zufriedener; wie auch dem Grad der Besserung, die während der Behandlung erzielt wurde (gemessen durch den CGI-Wert): Deutlicher gebesserte Patienten sind zufriedener. „Eine Besserung der Symptomatik im Behandlungsverlauf führt zu einer positiveren Therapiebewertung“ (Spießl et al., 1995), dies betrifft vor allem eine subjektive Einschätzung der Patienten, aber auch einen fremdeingeschätzten Behandlungserfolg (Böcker, 1989; Gruyters, Priebe, 1994; Hahnfeld, Kallert, 2005). Hinsichtlich der subjektiv wahrgenommenen Besserung der Verfassung wird noch eine weitere Differenzierung erwähnt: Nach Schmidt, Lamprecht, Wittmann, 1989 besteht eine statistisch bedeutsame Beziehung zwischen der Zufriedenheit und dem Ausmaß der externen Attribution: „Je eher die Beschwerdeverbesserung der Behandlung zugeschrieben wurde, desto zufriedener“ sind die Patienten. Zu dem Thema finden sich dabei auch abweichende Resultate: In der Veröffentlichung von Hannover et al., 2000 werden die Zusammenhänge zwischen der Behandlungszufriedenheit und den Therapieergebnissen – gemessen durch Veränderungen an psychometrischen Skalen – als gering bezeichnet.

Im Weiteren zeigen sich in der vorliegenden Untersuchung fehlende Korrelationen zwischen der Patientenzufriedenheit und demographischen Daten wie Geschlecht, Alter, Ausbildungsgrad und ferner: Muttersprache, Anzahl früherer stationärer Aufenthalte, Aufenthaltsdauer, körperliche Beeinträchtigung, Anzahl somatischer Diagnosen, Erkrankungsdauer, Psychopharmaka-Behandlung (versus keine). In diesem Punkt unterscheiden sich die Ergebnisse von manchen Studien, wo ältere und weibliche Patienten tendenziell zufriedener sind (Richter et al., 2010; Gruyters, Priebe, 1994). Zudem sind, wie oben erwähnt, freiwillig behandelte Patienten zufriedener als

die zwangsuntergebrachten Patienten (Spießl et al., 1996) und die Behandlung mit Antidepressiva geht in manchen Erhebungen mit einem höheren Zufriedenheitsgrad einher (Kelstrup et al., 1993). Demgegenüber berichten andere Autoren von fehlenden Kovariationen hinsichtlich der demographischen Daten (Längle et al., 2002).

Die Datenlage ist somit in dieser Problemstellung nicht eindeutig und weitere Forschungsarbeiten sind erforderlich um unterschiedliche Qualitäten und Beziehungen besser herauszuarbeiten.

Die vorliegende Untersuchung wirft viele weitere zusätzliche Fragen auf: Wie ist die Behandlungszufriedenheit der Patienten, die an der Untersuchung nicht teilgenommen haben? Wie viel Prozent davon waren nicht in der Lage, den Fragebogen auszufüllen (krankheitsbedingt – z.B. wegen einer dementiellen Entwicklung) und wie viele haben die Teilnahme abgelehnt? Sind in dieser letzten Gruppe die meisten „Unzufriedenen“? Sind die Unterschiede in der Rücklaufquote zwischen dem stationären und dem teilstationärem Bereich ein zufälliger Befund bei einer kleinen Stichprobe? Ist es ein Effekt unterschiedlicher Diagnosezusammensetzung der untersuchten Stichprobe? Oder besteht hier ein Zusammenhang zwischen der Studienbeteiligung und der Art von enger therapeutischer Beziehung, die dort praktiziert wird, die ein zusätzlicher Motivationsfaktor darstellt? Andererseits: Wenn es im stationären Bereich mehr „Untersuchungsverweigerer“ gibt, bedeutet das aufgrund der Selektionseffekte, dass die stationär behandelten Patienten unzufriedener als Tagesklinik-Patienten sind? Es wäre wünschenswert, dieser Thematik weiter nachzugehen.

5.2 Methodische Probleme

Auf dem Gebiet der Patientenzufriedenheitsforschung existieren viele Kontroversen hinsichtlich des Konzepts der Behandlungszufriedenheit. Ebenfalls treten methodische Probleme und Differenzen auf, wodurch die Durchführung und Interpretation der Zufriedenheitserfassungen erschwert wird und die Vergleichbarkeit der Studien eingeschränkt ist. Nach Leimkühler und Müller, 1996 ist die Zufriedenheit ein „Produkt eines komplexen psychosozialen Regulationsprozesses (...), der stärker von subjektiven als von objektiven Komponenten geprägt wird“. Daher werden bei den Zufriedenheitserhebungen auch Zweifel an der Interpretation von Patientenzufriedenheit als Indikator für Qualität der Behandlung geäußert und diskutiert. Wie unter 1.1.2 ausgeführt, hängt die Behandlungszufriedenheit mit den subjektiven Erlebnisverarbeitungsprozessen zusammen (Nickel, Trojan, 2000). Beschrieben wurden kognitive Verzerrungen und sozialpsychologische Effekte, wie unter anderem soziale Erwünschtheit, „Ja-Sage-Tendenz“, Selektionseffekte, kognitive Dissonanz, Anpassungseffekte. In der Patientenzufriedenheitsforschung ist grundsätzlich von überhöhten Zufriedenheitsraten auszugehen (Gruyters, Priebe, 1994; Keller et al., 2000), die oft nur als Artefakt angesehen werden (Leimkühler, Müller, 1996).

In der Forschung wird durch entsprechende Fragebogenkonstruktionen versucht, diese Prozesse zu berücksichtigen und den Artefakten nach Möglichkeit vorzubeugen. So wird die Zufriedenheit mehrdimensional – durch die Stellung von detaillierten Fragen zu konkreten Bereichen – erfasst (Längle et al., 2002; Gutknecht 2005), weiter werden offene Fragen hinzugefügt (Möller-Leimkühler, 2003; Eichler et al., 2006) oder die Antwortmöglichkeiten unterschiedlich ausgerichtet, um den Antworttendenzen vorzubeugen – wie beim ZUF-8 (Schmidt, Lamprecht, Wittmann, 1989). Ebenfalls wird durch eine

bestimmte Art der Befragung angestrebt, die Artefakte möglichst zu reduzieren, als Beispiele können hier Befragungen der Patienten durch von Behandlern unabhängige Teams, wie auch postalische Befragungen nach der Entlassung dienen (Raspe et al., 1997; Nickel, Trojan, 2000; Hahnfeld, Kallert 2005).

So müsste eine beispielhafte „ideale“ Patientenzufriedenheitserfassung durch ein kurzes und einfaches, aber gleichzeitig mehrdimensional ausgerichtetes, standardisiertes und mit offenen Fragen versehenes Befragungsinstrument, anonym nach der Entlassung von unabhängigen Forschern durchgeführt werden, das unmittelbare Rückschlüsse auf die Versorgungsqualität erlaubt und auf mögliche Verbesserungen hinweist. Da jedoch bei der Fragebogenkonstruktion oder -auswahl Kompromisse eingegangen werden müssen, und zudem die Befragung selbst durch bestimmte organisatorische Einschränkungen limitiert wird, ist auch die vorliegende Untersuchung methodisch von einem Ideal weit entfernt.

Dennoch ist festzuhalten, dass die vorliegende Erfassung ein Versuch einer Vollerhebung der Patientenzufriedenheit ist (im Gegensatz zu vielen Zufriedenheitsuntersuchungen bei randomisierten Patientengruppen), bei einer Patientenkohorte, die alle in einem bestimmten Zeitraum entlassene Patienten einschließt. Zudem ist die vorliegende Arbeit eine der wenigen, die in einer Abteilungspsychiatrie eines Schwerpunktkrankenhauses entstanden sind. Das Untersuchungsinstrument und die Methodik mussten deshalb praktikabel, zeitökonomisch und dauerhaft mit wenig Aufwand durchführbar sein. Eine weitere Stärke der Arbeit ist eine relativ hohe Rücklaufquote der ausgefüllten Fragebögen.

Eine Limitation der Untersuchung ist ein relativ kurzer Zeitraum der Erhebung und daraus folgend kleine Patientenzahlen in bestimmten Untergruppen der untersuchten Kohorte, beispielsweise nur 22 entlassene Patienten aus dem teilstationären Bereich. Aufgrund dessen können keine sicheren Aussagen über

die Unterschiede in der Zufriedenheitsausprägung zwischen den Patientengruppen gemacht werden. Zudem lässt die Beschränkung der Zufriedenheitserhebung auf die Patienten, die sich über sieben Tage in der Klinik befanden, die „Kurzlieger“ – eine relativ große Patientengruppe – außer Acht. Des Weiteren ist in der ersten Erhebungsphase eine unzureichende Anonymisierung (Patientenaufnahmenummer auf den Fragebögen) ebenfalls methodisch problematisch, wobei im Vergleich zur zweiten Untersuchungsperiode sie doch ohne Einfluss auch die Zufriedenheitsrate schien.

5.3 Konsequenzen für die Versorgung

„Die Ergebnisse der Patientenbefragungen sind sowohl für den täglichen Umgang mit Patienten als auch für die Konzeption von Behandlungsstrategien und qualitätsverbessernden Maßnahmen relevant“ (Spießl et al., 1995).

Die vorliegende Studie hat bestätigt, dass der Fragebogen ZUF-8 ein wertvolles und praktikables Instrument zur systematischen Erfassung der Patientenzufriedenheit mit der erhaltenen Klinikbehandlung im Rahmen des internen Qualitätsmanagements darstellt. Zwar erlaubt eine Zufriedenheitsuntersuchung mit einem standardisierten eindimensionalen Befragungsinstrument keine direkten Rückschlüsse auf Defizite in der Qualität der Versorgung (Möller-Leimkühler, 2003), setzt aber einen Anfang in der systematischen Erhebung der Patientenmeinungen, einem „Qualitätsmonitoring“ (Spießl et al., 1996), der im weiteren Verlauf nach Bedarf

ausgebaut und um weitere, mehrdimensionale Befragungsinstrumente ergänzt werden kann.

Die gesetzlich vorgeschriebene Qualitätssicherung hat generell als Ziel eine Sicherung und Weiterentwicklung des Qualitätsniveaus der erbrachten Leistungen. Qualitätsmanagement hat in letzten Jahren enorm an Bedeutung gewonnen, aber ob davon die Patientenversorgung direkt profitieren kann, ist zumindest zweifelhaft. Das Gesundheitswesen ist seit einiger Zeit immer mehr von Ökonomisierung betroffen, es wird über Termini wie: Profit-Center-Steuerung, Produktgruppen, Kundenorientierung, Input, Output, Outsourcing, Target-Costing, DRG-System gesprochen. Therapeutische Abläufe werden dabei auf Kostenreduktion ausgerichtet und eine Klinikbehandlung oft „auf eine symptomorientierte pharmako-therapeutische Intervention verkürzt“ (Böker, 2003; Duttweiler, 2007; Kick, 2006). In der Zeit nach der Psychiatrie-Enquête (1975) und nach der Einführung der Psychiatrie-Personalverordnung (1991-1995), die eine allmähliche Verbesserung der Qualität der psychiatrischen Versorgung ermöglichten, beobachten wir heutzutage ungünstige Tendenzen und Entwicklungen, wie immer höhere Aufnahmezahlen bei gleich gebliebenen Ressourcen, kürzere Verweildauern oder Einsparungen in vielen Bereichen. Des Weiteren führt der Ärztemangel, verstärkt durch ein häufigeres Fehlen der Ärzte aufgrund der neuen Arbeitszeitregelungen sowie durch einen steigenden Anteil der Dokumentation zur systematischen Reduktion der Zeit für die Arzt-Patient-Kontakte (Wolfersdorf, 2008). Eine ähnliche Entwicklung gibt es bei der Pflege. Darunter leidet die therapeutische Beziehung. Und es ist bekannt, dass besonders in der Psychiatrie die therapeutische Beziehung einen entscheidenden Einfluss auf die Compliance und Therapieerfolg hat. Der menschliche Aspekt darf bei allen neuen Entwicklungen nicht aus den Augen verloren werden.

Viele Untersuchungen belegen, dass die Behandlungszufriedenheit maßgeblich von der Qualität der therapeutischen Beziehung abhängig ist (Siegrist et al., 2002; Spießl et al., 1998; Valdes-Stauber, 2010). Die Ergebnisse demonstrieren die Bedeutung der kommunikativen Fähigkeiten der Therapeuten (sowohl der Ärzte als auch des Pflegepersonals), die sich auf die Patientenzufriedenheit entscheidend auswirken (Möller-Leimkühler, 2003). Die Patientenzufriedenheit und die Compliance beeinflussen sich gegenseitig: Es gibt Hinweise, dass die Behandlungscompliance von der Zufriedenheit der Patienten mit der vorher stattgefundenen Therapie abhängig ist (Spießl, Klein, 1995). Gleichzeitig kann die Implementierung der aus der Patientenbefragungen erhaltenen Hinweise für qualitätsverbessernde Maßnahmen in einer Versorgungsinstitution die Behandlungscompliance deutlich verbessern (Spießl et al., 1995).

Eine Stärkung der Patientenposition, die seit Jahren in der Psychiatrie einen großen Stellenwert hat, kann durch die Patientenmeinungserhebungen weiter gefördert werden. Die Ergebnisse der Befragungen bekräftigen die Wichtigkeit der Patientenbewertungen für die Weiterentwicklung der Versorgung. Zudem können sie zur Verbesserung des immer noch präsenten negativen Images der Psychiatrie beitragen (Gutknecht, 2005). Vor allem ist jedoch der „zufriedene Patient“ ein „strategisches Ziel“ der medizinischen Versorgung (Kaiser, Johannsen, 2005).

Die Patientenzufriedenheitserhebung in der Stader Psychiatrischen Klinik führte zu vielen Fragen, die durch weitere Forschungsarbeiten angegangen werden können. In den fortgesetzten Untersuchungen könnten künftig die hier angedeuteten Punkte berücksichtigt werden, vor allem längere Erhebungszeiten, wodurch eventuelle Unterschiede zwischen den teilstationär und den stationär untergebrachten Patienten, sowie vielleicht auch sog. „Teilausfüller“, erfasst werden könnten. Erstrebenswert wäre ebenfalls eine

aufwändigere und kostenintensivere Zufriedenheitsuntersuchung mit multidimensionalen Messinstrumenten, aus der Rückschlüsse für die Qualitätssicherung ermöglicht werden. Aus diesem Grund wäre eine Hinzufügung von offenen Fragen (beispielsweise „was mir am meisten gefallen/nicht gefallen hat“) von Bedeutung. Interessant wäre auch die Erfassung der Behandlungszufriedenheit im Verlauf der Therapie, mit mindestens zwei Messzeitpunkten im Laufe des Aufenthaltes. Bei allen Erhebungen ist auf jeden Fall eine sorgfältig sicherzustellende Anonymisierung zu beachten. Und nicht zuletzt, da die nachstationäre oder ambulante Versorgung der Patienten gleichermaßen wichtig ist, wäre es wertvoll, die Behandlungszufriedenheit ebenfalls in diesem Bereich (analogisch zum South-Verona Outcome Projekt, beschrieben bei Lasalvia, Ruggeri, 2007 oder einer deutschen Studie von Valdes-Stauber, 2010) zu untersuchen.

Zum Schluss steht fest, dass „bei allen Unzulänglichkeiten und offenen Fragen auf dem Gebiet der Erfassung der Patientenmeinung (...) die Meinung der Patienten eine unmittelbare Relevanz für alle in der Klinik Tätigen hat. Die Evaluation der Krankenhausbehandlung aus Sicht der Patienten sollte zur selbstverständlichen Routine der Qualitätssicherung in der Psychiatrie werden“. Das resultiert aus dem Wandel der Patientenrolle „weg von der passiven Nutzung psychiatrischen Behandlungsangebote und hin zu einem informierten, aktiven Mitwirken“ (Rentrop et al., 1999).

6 Zusammenfassung

Die Erfassung der Patientenzufriedenheit ist ein wichtiges Thema in der Versorgungsforschung und in der Qualitätssicherung.

Ziel der vorliegenden Untersuchung war die Einführung einer praktikablen Methode der Routineerhebung der Patientenzufriedenheit mit der erhaltenen Klinikbehandlung sowie die Evaluation der vorhandenen Ergebnisse. Die Studie wurde in einer Abteilungspsychiatrie in einem Haus der Schwerpunktversorgung durchgeführt. Als Erhebungsinstrument wurde der ZUF-8 eingesetzt – ein Zufriedenheitsfragebogen zur globalen Erfassung von Patientenzufriedenheit mit der erhaltenen stationären Behandlung – ein kurzes, zeitökonomisches und dabei psychometrisch überprüfbares Verfahren. Die Untersuchung dauerte drei Monate, von Mitte Mai bis Mitte August 2009. In der Studie wurden Patienten, die sich in stationärer oder teilstationärer Behandlung länger als sieben Tage befanden, am Entlassungstag nach ihrer Zufriedenheit mit der erhaltenen Klinikbehandlung befragt. Um Zusammenhänge zwischen der Zufriedenheitsausprägung und den Patientendaten zu erforschen, wurden von den entlassenen Patienten mittels BADO (psychiatrischer Basisdokumentation) Patientenmerkmale: Demographische Daten und Krankheitsvariablen erhoben. Um die Patientenzufriedenheitserfassung weiter zu etablieren wurden die ZUF-8-Fragebogen nach der Beendigung der dreimonatigen Periode fortlaufend gesammelt und nach einem weiteren dreimonatigen Abschnitt ausgewertet.

Die Rücklaufquote in der ersten Untersuchungsperiode betrug im Durchschnitt 54%, wobei die Rücklaufquote bei den stationär behandelten Patienten 53,1% betrug und bei den Tagesklinikpatienten 77,2%. In der zweiten Periode der Untersuchung betrug die Rücklaufquote 31,5%. Die gesamte Zufriedenheit ist in

der vorliegenden Studie, ähnlich wie in den vergleichbaren Veröffentlichungen, hoch und beträgt – als Mittelwert – 26,93, bei einer Standardabweichung von 4,00.

Hinsichtlich der Zusammenhänge der Zufriedenheitswerte und der Patientenvariablen zeigten sich in der vorliegenden Untersuchung statistisch signifikante Korrelationen zwischen Zufriedenheitsgrad und der Ausprägung der Erkrankung zum Entlassungszeitpunkt, gemessen als CGI (Clinical Global Impression): Je weniger krank die Patienten bei Entlassung waren, desto zufriedener sie sich zeigten, des Weiteren je größer die CGI-Abnahme war, d.h. je gesünder die Patienten im Verlauf der Behandlung wurden, desto größer war ihre Zufriedenheit. Zudem zeigten sich Patienten ohne Medikationsprobleme zufriedener als diejenigen Patienten mit solchen Problemen (Nebenwirkungen, mangelnde Wirkung). Es konnten auch Zusammenhänge zwischen der Zufriedenheit und bestimmten Diagnosegruppen nachgewiesen werden: Die Patienten mit Diagnosen aus den ICD-10 Gruppen F2 (Schizophrenie) und F6 (Persönlichkeitsstörungen) waren statistisch signifikant weniger zufrieden mit der Behandlung. Es ergaben sich hingegen keine signifikanten Unterschiede oder Zusammenhänge zwischen der Zufriedenheit und den Patientenvariablen wie: Geschlecht, Alter, Muttersprache, Anzahl früherer stationärer Aufenthalte, Behandlungsstationen, Aufenthaltsdauer, Schulbildung, körperlicher Beeinträchtigung, Anzahl somatischer Diagnosen, Erkrankungsdauer oder Psychopharmakabehandlung (versus keine).

Die Erhebung zeigte, dass eine Erfassung der Patientenzufriedenheit in einer Abteilungspsychiatrie eines Schwerpunktkrankenhauses machbar ist. Diskutiert wird, dass die Befragungen der Patientenmeinung Konsequenzen für die weitere Versorgung haben: sie können die Behandlungcompliance der Patienten verbessern und sind für die Konzepte, Behandlungsstrategien und qualitätsverbessernde Maßnahmen relevant.

Summary

The assessment of patient satisfaction is a relevant subject in health services research and quality management.

The aim of the current study was the implementation of a practicable method for routine evaluation of patient satisfaction with obtained hospital treatment as well as a first evaluation of the resulting outcomes. The study was conducted in a psychiatry department of a general county hospital. As a survey instrument the ZUF-8 was applied – a brief, economically and psychometrically verified procedure. The patients, who spent more than seven days in treatment (inpatient treatment and day-hospital) and were discharged during a three-month period (from the middle of May to the middle of August 2009), were surveyed in the study. They were questioned at discharge about satisfaction with their hospital stay. In order to identify variables with influence on satisfaction the patients' demographic data and general treatment variables were collected using the BADO questionnaire including CGI and GAF. In order to further establish the patient satisfaction evaluation, the ZUF-8 questionnaires were collected continuously after completion of the three-month period and evaluated after one another three-month period.

The results of the study were similar to comparable investigations; satisfaction values were generally high. Concerning the relationships between satisfaction scores and patients' variables in the current study there appeared statistically significant correlations between the level of satisfaction and the severity of the disorder at a discharge time, measured with the CGI (Clinical Global Impression). It could be shown that less ill patients (at a discharge time) were more satisfied with the service obtained. Further, the greater the CGI-Reduction, i.e. the healthier the patients became during the treatment, the higher was their satisfaction. Moreover the patients without medication problems appeared more satisfied than the ones having such problems (side

effects, poor effect). Furthermore, the relations between the satisfaction and certain diagnosis groups could be demonstrated: the patients with diagnose group F2 or F6 (by ICD-10) were statistically significant less satisfied with the treatment. However there were no significant associations between the satisfaction with psychiatric service and the variables gender, age, native language, number of former inpatient stays, treatment units, duration of a stay, school education, physical impairment, number of somatic diagnoses, length of the disease or psychotropic treatment (vs. none).

The study showed that by comparably simple means an inquiry of the patient satisfaction is achievable in a department of psychiatry of a community hospital and can be implemented in the daily routine. The study concludes with a discussion of consequences and the relevance of the patients' opinion assessment for the psychiatric treatment (treatment strategies and quality improving measures).

7 Literaturverzeichnis

Attkisson CC, Greenfield TK. Client Satisfaction Questionnaire-8 and Service Satisfaction Scale-30. The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment. In: Maruish ME (ed.). The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment; pp. 402-420. Hillsdale, NJ, England: Lawrence Erlbaum Associates, Inc, 1994, xv, 637 pp.

Attkisson CC, Zwick R. The Client Satisfaction Questionnaire: Psychometric properties and correlations with service utilization and psychotherapy outcome. Evaluation and Program Planning 1982; 5:233 – 237

Berghofer G, Lang A, Schmitz M, Rudas S. Was erwarten sich psychisch Kranke von ambulanter und stationärer Behandlung? Psychiat Prax 2000; 27:228-234

Böcker FM. Zufriedenheit psychisch Kranker mit der psychiatrischen Klinikbehandlung. Psycho 1989; 15:608-620

Böker W. Psychiatrie als Produkt. Krankenhauspsychiatrie 2003; 14:79

Borbé R, Klein A, Onnen M, Flammer E, Bergk J, Steinert T. Subjektives Erleben der Aufnahmesituation in einer psychiatrischen Klinik aus Sicht der Patienten. Psychiat Prax 2010; 37:20-26

Bundesgesetzblatt (BGBl) Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie (Psychiatrie-Personalverordnung – PsychPV). Bundesgesetzblatt, Jahrgang 1990 I, S.2930-2939

Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. <http://www.bapk.de/>

Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (BPE) e.V. <http://www.bpe-online.de/>

Cording C, Gaebel W, et al. Die neue psychiatrische Basisdokumentation. Eine Empfehlung der DGPPN zur Qualitätssicherung im (teil-)stationären Bereich. Spektrum der Psychiatrie und Nervenheilkunde 1995; 24:3-41

Cording C, Gastpar M. DGPPN-Empfehlung zur psychiatrischen Basisdokumentation (BADO). Nervenarzt 1997; 68:930-931

Diakoniekrankenhaus Rotenburg (Wümme). Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2008.

http://www.diakoonline.de/fileadmin/user_upload/Rotenburg_Qualitaetsbericht_2008.pdf

Die Aktion Psychisch Kranke (APK). <http://www.psychiatrie.de/apk/wir/>

Dilling H, Balck, F Bosch G, Christiansen U, Eckmann F, Kaiser K-H, Kunze H, Seelheim H, Spangenberg H. Die psychiatrische Basisdokumentation. Spektrum 1982; 147-160

Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrsg). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien/ Weltgesundheitsorganisation. Bern, Springer, 1993

DIN Deutsches Institut für Normung e.V. (Hrsg). Qualitätssicherung und angewandte Statistik. Verfahren 3: Qualitätssicherungssysteme. DIN-Taschenbuch 226. Beuth, Berlin Köln, 1992

Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Mem Fund Quart 1966; 44:166-203

Druss BG, Rosenheck RA, Stolar M. Patient Satisfaction and Administrative Measures as Indicators of the Quality of Mental Health Care. Psychiatric Services 1999; 50:1053-1058

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

Elbe Klinikum Stade. Strukturierter Qualitätsbericht für das Berichtsjahr 2008 http://www.elbekliniken.de/upl_images/Qualitaetsbericht-Stade-2008.pdf

Enquête über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland: Schlußbericht der Sachverständigen-Kommission. Bundestagsdrucksache, Bonn, 1975; 7-4200

Erzberger C, Derivaux JC, Ruhstrat E-U. Der zufriedene Patient? Die auffallend positive Bewertung von Krankenhausleistungen durch die Patienten. – Ein Erklärungsversuch aus sozialpsychologischer Sicht. MMG 1989; 14:140-145

Fähndrich E, Smolka M. Die psychiatrische Abteilung im Urteil der Patienten. Psychiat Prax 1998; 25:72-75

Freudenmann RW, Spitzer M. Computergestützte Patientenbefragungen als Grundlage für eine moderne Qualitätssicherung in der Psychiatrie. Nervenarzt 2001; 72:40-51

Gaebel W. Qualitätssicherung in der Psychiatrie. Nervenarzt 1995; 66:481-493

Gebhardt R-P, Steinert T. Innere Struktur der stationären psychiatrischen Krankenhausversorgung 22 Jahre nach der Psychiatrie-Enquête. Nervenarzt 1998; 69:791-798

Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz - GRG). In: Bundesgesetzblatt Teil 1, Nr. 62, Bundesanzeiger Verlagsges, Bonn, 1988

Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz - GSG). In: Bundesgesetzblatt TI 1, Nr. 59, S.2266-2334, Bundesanzeiger Verlagsges, Bonn, 1992

Gruyters T, Priebe S. Die Bewertung psychiatrischer Behandlung durch die Patienten – eine Studie zu ihrer Erfassungsmethodik und zeitlichen Stabilität. Fortschr Neurol Psychiat 1992; 60:140-145

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

Guy W. The Clinical Global Impression Scale. In: Guy W, ed. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology, Revised. Rockville, MD: US Dept. of Health, Education and Welfare, ADAMHA, MIMH Psychopharmacology Research Branch, 1976; pp 218-222

Härter M, Sitta P, Keller F, et al. Externe Qualitätssicherung bei stationärer Depressionsbehandlung. Dtsch Ärzteb 2004; 101:A 1970-1974

Hahnefeld WL, Kallert TW. Diagnosegruppenspezifische Bewertung von Therapieelementen einer psychiatrischen Tagesklinik aus Patienten- und Therapeutensicht. Krankenhauspsychiatrie 2005; 16:149-156

Hannöver W, Dogs CP, Kordy H. Patientenzufriedenheit – ein Maß für Behandlungserfolg? Psychotherapeut 2000; 45:292-300

Henrich G, Herschbach P, Schäfer I. Fragen zur Patientenzufriedenheit (FPZ) – Die Entwicklung eines Fragebogens. Z Med Psychol 2001; 10:147-158

Jacob G, Bengel J. Das Konstrukt Patientenzufriedenheit: Eine kritische Bestandsaufnahme. Z Klin Psych Psychother 2000; 48:280-301

Jones SH, Thornicroft G, Coffey M, Dunn G. A brief mental health outcome scale-reliability and validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). B J Psych 1995; 166:654-659

Kämmerer-Rütten U. Die ›User‹-Bewegung. Großbritannien: Nutzer gewinnen zunehmend an Einfluß. Soziale Psychiatrie 1996; 2:14-15

Kaiser C, Johannsen R. „Führung und Qualität“ in verschiedenen Facetten. Gesundh ökon Qual manag 2005; 10:272-276

Keller F, Wolfersdorf M, Ruppe A, Stieglitz R-D. Patientenzufriedenheit mit der stationären Depressionsbehandlung. Krankenhauspsychiatrie 2000; 11:25-28

Kelstrup A, Lund K, Lauritsen B, Bech P. Satisfaction with care reported by psychiatric inpatients. Acta Psychiatr Scand 1993; 87:374-379

Kick HA. Ethische Verantwortung des Therapeuten: Gesundheit und Krankheit können keinen Warencharakter annehmen. Dtsch Ärzteb 2006; 103 (18):A 1206-1208

Kistner W, Kunze H, Pohl J. Qualitätsbeurteilung in der klinischen Psychiatrie. Krankenhauspsychiatrie 1996; 7:54-60

Kriz D, Nübling R, Steffanowski A, Wittmann WW, Schmidt J. Patientenzufriedenheit in der stationären Rehabilitation: Psychometrische Reanalyse des ZUF-8 auf der Basis multizentrischer Stichproben verschiedener Indikation. Z Med Psychol 2008; 17:67-79

Krumm S, Becker T. Der Einbezug von Nutzern psychiatrischer Angebote in die psychiatrische Versorgungsforschung. Psychiat Prax 2006; 33:59-66

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

Landkreis Stade. Wirtschaft & Tourismus

[http://www.landkreisstade.de/internet/page.php?naviID=901000002&site=9010000043&brotdID=901000002&typ=2&rubrik=901000003](http://www.landkreisstade.de/internet/page.php?naviID=901000002&site=901000043&brotdID=901000002&typ=2&rubrik=901000003)

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

Leimkühler AM. Die Qualität klinischer Versorgung im Urteil der Patienten. In: Gaebel W. Qualitätssicherung im psychiatrischen Krankenhaus. Wien, New York: Springer; 1995: 163-172

Leimkühler AM, Müller U. Patientenzufriedenheit – Artefakt oder soziale Tatsache? Nervenarzt 1996; 67:765-773

Möller-Leimkühler AM, Dunkel R. Zufriedenheit psychiatrischer Patienten mit ihrem stationären Aufenthalt. Nervenarzt 2003; 74:40-47

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. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2006:95-102.

Müller-Spahn F. Editorial: Behandlung und Versorgung psychisch Erkrankter – quo vadis? Psychiatrie 2006; 3:125-126

Nickel S, Trojan A. Krankenhausqualität aus Sicht von Kurzzeitpatienten: Ergebnisse einer postalischen Befragung in drei Krankenhäusern. Psychomed 2000; 12/2:83-90

Nübling R, Schmidt J. Editorial: Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. Versicherungsmedizin 1999; 51:149-151

Nübling R, Steffanowski A, Körner M, Rundel M, Kohl C, Löschmann C, Schmidt J. Kontinuierliche Patientenbefragung als Instrument für das interne Qualitätsmanagement in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung. Gesundh ökon Qual manag 2007; 12:44-50

Press I. Editorial: The measure of quality. Q Manage Health Care 2004; 3:202-209

Psychiatrische Klinik Lüneburg. Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V für das Berichtsjahr 2008.

http://www.pk.lueneburg.de/QB_2008.pdf

Raspe H, Weber U, Voigt S, Kosinski A, Petras H. Qualitätssicherung durch Patientenbefragungen in der medizinischen Rehabilitation: Wahrnehmungen und Bewertungen von Rehastrukturen und -prozessen ("Rehabilitationszufriedenheit"). *Rehabilitation* 1997; 36:XXXI-XLII

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

Richter M, Schmid-Ott G, Muthny FA. Patientenzufriedenheit in der psychosomatischen Rehabilitation. Ausprägung und Einfluss soziodemografischer, motivationaler und klinischer Patientenmerkmale. *Nervenheilkunde* 2010; 6: 386-392

Rössler W. Psychiatrische Versorgung nach Maß? *Psychiatrie* 2006; 3:128-134.

Rössler W. Wie definiert sich Qualität in der psychiatrischen Versorgung? *Nervenarzt* 2003; 74:552-560

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

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

Schmidt J, Lamprecht F, Wittmann WW. Zufriedenheit mit der stationären Versorgung. Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen. *Psychother Med Psychol* 1989; 39:248-255

Schmidt J, Wittmann WW. ZUF-8 Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit. In: Brähler E, Schumacher J, Strauß B (Hrsg.). *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*. Göttingen, Hogrefe; 2002: 392-396

Seepark Klinik Langen-Debstedt. Qualitätsbericht 2009 gemäß § 137 SGB V.. <http://www.krankenhaus.de/Seepark-Klinik-Debstedt-Langen-Debstedt-27607.info65613.html>

Siegrist K, Schlebusch P, Trenckmann U. Fragen wir den Kunden: Patientenzufriedenheit und Qualitätsentwicklung. *Psychiat 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

Shipleigh 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

Spießl H. Stellenwert von Psychopharmaka in der psychiatrischen Klinik. Die Sicht der Patienten. Psychopharmakotherapie 2002; 2:46-49

Spießl H, Cording C, Klein HE. Erfassung der Patientenzufriedenheit in der Psychiatrie. Krankenhauspsychiatrie 1995; 6: 156-159

Spießl H, Cording C, Klein HE. Qualitätssicherung durch Patientenbefragungen. Z ärztl Fortbild Quallsich 1997; 91:761-765

Spießl H, Cording C, Klein HE. Erwartungen und Zufriedenheit schizophrener Patienten in der psychiatrischen Klinik. Nervenheilkunde 2000; 19:74-79

Spießl H, Klein HE. Psychiatrische Patienten beurteilen Institution und Personal. Psycho 1995; 21:613-619

Spießl H, Krischker S, Cording C. Qualitätssicherung zum Nutzen der Patienten: Lassen sich Patientenerwartungen in der psychiatrischen Klinik umsetzen? Krankenhauspsychiatrie 1998; 9:152-156

Spießl H, Krischker S, Spindler P, Cording C, Klein HE. Patientenzufriedenheit im psychiatrischen Krankenhaus. Krankenhauspsychiatrie 1996; 7:1-5

Spießl H, Schmid R, Binder H, Cording C. Die (Un-)Zufriedenheit von Angehörigen mit der psychiatrischen Klinik. Krankenhauspsychiatrie 2005; 16:97-101

Spießl H, Spießl A, Cording C. Die „ideale“ stationär-psychiatrische Behandlung aus Sicht der Patienten. Psychiat Prax 1999; 26:3-8

Swoboda E, Kühnel B, Wanders R, König P. Zufriedenheit der Patienten mit der psychiatrischen Versorgung im Krankenhaus. Krankenhauspsychiatrie 2000; 11:13-20

Tritt K, von Heyman F, Loew TH et al. Patienten in stationärer psychosomatischer Krankenhausbehandlung: Patientencharakterisierung und Behandlungsergebnisse anhand der Psy-BaDo-PTM. Psychotherapie 2003; 8:244-251

Valdes-Stauber J. Patientenzufriedenheit in einer psychiatrischen Institutsambulanz. Ergebnisse einer 8-Jahres-Untersuchung. Nervenheilkunde 2010; 3:150-156

Weinmann S, Gaebel W. Versorgungserfordernisse bei schweren psychischen Erkrankungen: Wissenschaftliche Evidenz zur Integration von klinischer Psychiatrie und Gemeindepsychiatrie. Nervenarzt 2005; 76:809-821

Wetterling T, Junghanns K, Müßigbrodt H, Freyberger HJ, Dilling H. Erfassung der Therapieergebnisse im Rahmen der Qualitätssicherung in einer psychiatrischen Klinik. Ein Erfahrungsbericht. Nervenarzt 1997; 68:742-751

Williams B, Wilkinson G. Patient satisfaction in mental health care. Br J Psychiatry 1995; 166:559-562

Wolfersdorf M. Mitteilungen aus der Bundeskonferenz Deutscher Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie (BDK). Psychiat Prax 2008; 35:51

8 Anhang

8.1 ZUF-8

ZUF – 8

Fragebogen zur Patientenzufriedenheit

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

<input type="checkbox"/> ausgezeichnet	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> weniger gut	<input type="checkbox"/> schlecht
--	------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------

Haben Sie die Art von Behandlung erhalten, die Sie wollten?

<input type="checkbox"/> eindeutig nicht	<input type="checkbox"/> eigentlich nicht	<input type="checkbox"/> im Allgemeinen ja	<input type="checkbox"/> eindeutig ja
--	---	--	---------------------------------------

In welchem Maße hat unsere Klinik Ihren Bedürfnissen entsprochen?

<input type="checkbox"/> sie hat fast allen meinen Bedürfnissen entsprochen	<input type="checkbox"/> sie hat den meisten meiner Bedürfnisse entsprochen	<input type="checkbox"/> sie hat nur wenigen meiner Bedürfnisse entsprochen	<input type="checkbox"/> sie hat meinen Bedürfnissen nicht entsprochen
---	---	---	--

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

<input type="checkbox"/> eindeutig nicht	<input type="checkbox"/> ich glaube nicht	<input type="checkbox"/> ich glaube ja	<input type="checkbox"/> eindeutig ja
--	---	--	---------------------------------------

Wie zufrieden sind Sie mit dem Ausmaß der Hilfe, welche Sie hier erhalten haben?

<input type="checkbox"/> ziemlich unzufrieden	<input type="checkbox"/> leidlich oder leicht unzufrieden	<input type="checkbox"/> weitgehend zufrieden	<input type="checkbox"/> sehr zufrieden
---	---	---	---

Hat die Behandlung, die Sie hier erhielten, Ihnen dabei geholfen, angemessener mit Ihren Problemen umzugehen?

<input type="checkbox"/> ja, sie half eine ganze Menge	<input type="checkbox"/> ja, sie half etwas	<input type="checkbox"/> nein, sie half eigentlich nicht	<input type="checkbox"/> nein, sie hat mir die Dinge schwerer gemacht
--	---	--	---

Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung, die Sie hier erhalten haben, im Großen und Ganzen?

<input type="checkbox"/> sehr zufrieden	<input type="checkbox"/> weitgehend zufrieden	<input type="checkbox"/> leidlich oder leicht unzufrieden	<input type="checkbox"/> ziemlich unzufrieden
---	---	---	---

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

<input type="checkbox"/> eindeutig nicht	<input type="checkbox"/> ich glaube nicht	<input type="checkbox"/> ich glaube ja	<input type="checkbox"/> eindeutig ja
--	---	--	---------------------------------------

Platz für eigene Bemerkungen:

8.2 BADO

BADO

Psychiatrische
Basisdokumentation

(Pat.-Nameaufkleber)

Verantwortliche(r) Ärztin/Arzt, Psychologin:

Aufnahmedatum:

Entlassungsdatum:

Rechtsgrundlage der Behandlung

- freiwillig
- Psych KG
- BGB
- sonstige Rechtsgründe

Ärztliche Einweisung

- Allgemeinarzt/prakt. Arzt
- niedergelassener Psychiater
- eigene Ambulanz
- sonstiger Facharzt
- Notarzt
- auf eigenen Wunsch ohne ärztl. Einweisung
- Verlegung aus fremder Klinik
- Verlegung von einer Station des eigenen Krankenhauses
- Gesundheitsamt, SpD
- stat. Einrichtung für Suchtkranke
- unbekannt/unklar

Wohnsituation vor Aufnahme

- Privatwohnung
- Altenheim
- psychiatrisches Wohnheim
- anderes Heim
- Einrichtung für Kinder/Jugendliche
- JVA
- ohne festen Wohnsitz

Muttersprache

- Deutsch
- andere, gute deutsche Sprachkenntnisse
- andere, schlechte deutsche Sprachkenntnisse

Höchster erreichter Schulabschluss

- kein Abschluss
- Sonderschulabschluss
- Hauptabschluss
- Realschulabschluss
- (Fach)Abitur
- Hochschulabschluss
- unbekannt/unklar

Jetzige berufliche Situation

- berufstätig, Vollzeit
- berufstätig, Teilzeit
- berufstätig, gelegentlich
- mithelfender Familienangehöriger
- Hausfrau/-Mann, nicht berufstätig
- Ausbildung, Umschulung
- Wehr-/Zivildienst
- geschützt beschäftigt
- arbeitslos gemeldet
- Erwerbsunfähigkeits-/Berufsunfähigkeitsrente, Rentenverfahren, Frührente
- Altersrente, Pension
- Witwenrente
- anderwärtig ohne berufliche Beschäftigung
- unbekannt/unklar

Derzeit (oder zuletzt) ausgeübter Beruf des Patienten

- un/angelernter Arbeiter
- Facharbeiter
- Angestellter
- selbstständiger Handwerker/Landwirt
- selbstständiger Akademiker, Freiberufler, größerer Unternehmer
- unbekannt/unklar

Versicherungsstatus

- gesetzlich
- privat

Jahr der ersten stationären psychiatrischen Behandlung überhaupt

Jahr (vierstellig):

Frühere (teil)stationäre Behandlungen in anderen psychiatrischen Kliniken

Anzahl:

Frühere stationäre Behandlungen in eigener psychiatrischer Klinik

Anzahl:

Behandlung vor der jetzigen Aufnahme:

- keine psychiatrische/psychotherapeutische Vorbehandlung
- niedergelassenen Psychiater
- psychiatrische Institutsambulanz
- niedergelassener Psychotherapeut
- stationäre psychiatrische Behandlung
- teilstationäre psychiatrische Behandlung
- Behandlung in einer psychosomatischen Klinik
- unbekannt/unklar

Letzte (teil)stationäre psychiatrische Behandlung wo?

- hier
- anderswo
- keine
- unbekannt/unklar

Zeitraum seit Beginn der jetzigen Krankheitsmanifestation:

- bis zu 4 Wochen
- > 4 Wochen bis 6 Monate
- > 6 Monate
- unbekannt/unklar

Psychopharmaka während des jetzigen Aufenthaltes

- keine oder nur Bedarfsmedikation
- typische Neuroleptika
- Clozapin
- andere Atypika
- Depot-Neuroleptika
- Antidepressiva
- Benzodiazepine
- Lithium
- andere Phasenprophylaxe
- Clomethiazol

Probleme bei der Psychopharmakotherapie

- entfällt (keine Medikation)
- keine besonderen Probleme
- Therapieresistenz/mangelnde Wirkung
- erhebliche unerwünschte Arzneimittelwirkungen
- mangelnde Compliance des Patienten

Entlassungsart

- reguläre Entlassung/Verlegung
- Entlassung gegen ärztlichen Rat
- vorzeitige Entlassung wegen mangelnder Motivation
- Entweichung
- vorübergehende Verlegung, Rückübernahme geplant
- verstorben

Ambulante Nachbetreuung/Weiterbehandlung durch

- keine oder unzutreffend
- niedergelassener Psychiater
- Psychotherapeut
- eigene Ambulanz

CGI-Wert bei Aufnahme

- 1 – nicht beurteilbar
- 2 – nicht krank, gesund
- 3 – Grenzfall psych. Erkrankung
- 4 – nur leicht krank
- 5 – mäßig krank
- 6 – deutlich krank
- 7 – schwer krank
- 8 – extrem schwer krank

CGI-Wert bei Entlassung

Teil 1:

- 1 – nicht beurteilbar
- 2 – nicht krank, gesund
- 3 – Grenzfall psych. Erkrankung
- 4 – nur leicht krank
- 5 – mäßig krank
- 6 – deutlich krank
- 7 – schwer krank
- 8 – extrem schwer krank

Teil 2:

- 1 – nicht beurteilbar
- 2 – sehr viel besser
- 3 – viel besser
- 4 – nur wenig besser
- 5 – unverändert
- 6 – etwas schlechter
- 7 – viel schlechter
- 8 – sehr viel schlechter

GAF-Wert bei Aufnahme:

GAF-Wert bei Entlassung:

Körperliche Beeinträchtigung bei Entlassung

- nicht beeinträchtigt
- Schwierigkeiten
- Notwendigkeit von Hilfsmitteln
- Notwendigkeit einer Hilfsperson
- Abhängigkeit von einer Hilfsperson
- weitgehende Unfähigkeit
- vollständige Unfähigkeit

Gewicht bei Aufnahme: kg

Gewicht bei Entlassung: kg

Psychiatrische Diagnosen

Diagnosen nach ICD 10:
.....
.....

Somatische Diagnosen

Diagnosen nach ICD 10:
.....
.....

8.3 GAF

Globale Erfassung des Funktionsniveaus – GAF	
Definitionstabelle	
Die psychischen, sozialen und beruflichen Funktionen sind auf einem hypothetischen Kontinuum von psychischer Gesundheit bis Krankheit gedacht. Funktionsbeeinträchtigungen aufgrund von körperlichen (oder umgebungsbedingten) Einschränkungen sollten nicht einbezogen werden.	
Code	(Bitte beachten: Benutzen Sie auch entsprechende Zwischenwerte, z.B. 45, 68, 72)
100 – 91	Hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum von Aktivitäten; Schwierigkeiten im Leben scheinen nie außer Kontrolle zu geraten; wird von anderen wegen einer Vielzahl positiver Qualitäten geschätzt; keine Symptome.
90 – 81	Keine oder nur minimale Symptome (z.B. leichte Angst vor einer Prüfung), gute Leistungsfähigkeit in allen Gebieten, interessiert und eingebunden in ein breites Spektrum von Aktivitäten, sozial effektiv im Verhalten, im Allgemeinen zufrieden mit dem Leben, übliche Alltagsprobleme oder –sorgen (z.B. nur gelegentlicher Streit mit einem Familienmitglied).
80 – 71	Wenn Symptome vorliegen, sind diese vorübergehenden oder zu erwartenden Reaktionen auf psychosoziale Belastungsfaktoren (z.B. Konzentrationsschwierigkeiten nach einem Familienstreit); höchstens leichte Beeinträchtigung der sozialen beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z.B. zeitweises Zurückbleiben in der Schule).
70 – 61	Einige leichte Symptome (z.B. depressive Stimmung oder leichte Schlaflosigkeit ODER einige leichte Schwierigkeiten hinsichtlich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z.B. gelegentliches Schuleschwänzen oder Diebstahl im Haushalt), aber im Allgemeinen relativ gute Leistungsfähigkeit, hat einige wichtige zwischenmenschliche Beziehungen.
60 – 51	Mäßig ausgeprägte Symptome (z.B. Affektverflachung, weitschweifige Sprache, gelegentliche Panikattacken) ODER mäßig ausgeprägte Schwierigkeiten bezüglich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z.B. wenige Freunde, Konflikte mit Arbeitskollegen, Schulkameraden oder Bezugspersonen).
50 – 41	Ernstere Symptome (z.B. Suizidgedanken, schwere Zwangsrituale, häufige Ladendiebstähle) ODER eine Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z.B. keine Freunde, Unfähigkeit, eine Arbeitsstelle zu behalten).
40 – 31	Einige Beeinträchtigungen in der Realitätskontrolle oder der Kommunikation (z.B. Sprache zeitweise unlogisch, unverständlich oder belanglos) ODER starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen, z.B. Arbeit oder Schule, familiäre Beziehungen, Urteilsvermögen, Denken oder Stimmung (z.B. ein Mann mit einer Depression vermeidet Freunde, vernachlässigt seine Familie und ist unfähig zu arbeiten; eine Kind schlägt häufig jüngere Kinder, ist zu Hause trotzig und versagt in der Schule).
30 – 21	Das Verhalten ist ernsthaft durch Wahnphänomene oder Halluzinationen beeinflusst ODER ernsthafte Beeinträchtigung der Kommunikation und des Urteilsvermögens (z.B. manchmal inkohärent, handelt grob inadäquat, starkes Eingenommensein von Selbstmordgedanken ODER Leistungsunfähigkeit in fast allen Bereichen (z.B. bleibt den ganzen Tag im Bett, hat keine Arbeit, kein Zuhause und keine Freunde).
20 – 11	Selbst- und Fremdgefährdung (z.B. Selbstmordversuche ohne eindeutige Todesabsicht, häufig gewalttätig, manische Erregung) ODER ist gelegentlich nicht in der Lage, die geringste persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten (z.B. schmiert mit Kot) ODER grobe Beeinträchtigung der Kommunikation (größtenteils inkohärent oder stumm).
10 – 1	Ständige Gefahr, sich oder andere schwer zu verletzen (z.B. wiederholte Gewaltanwendung) ODER anhaltende Unfähigkeit, die minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten ODER ernsthafter Selbstmordversuch mit eindeutiger Todesabsicht.
0	Unzureichende Informationen
Tragen Sie Ihrer Meinung nach zurzeit zutreffenden Wert ein: _____	

9 Anlagen

Verzeichnis der akademischen Lehrer

Meine akademischen Lehrer waren Damen/Herren in Stettin:

Prof. Dr. med. A. Boron – Kaczmarska
Prof. Dr. med. T. Brzezinski
Prof. Dr. med. R. Czajka
Prof. Dr. med. F. Czerwinski
Dr. med. M. Czeszynska
Prof. Dr. med. W. Domagala
Prof. Dr. med. E. Domanski
Prof. Dr. med. U. Fiedorowicz – Fabrycy
Prof. Dr. med. C. Fryze
Prof. Dr. med. J. Fydryk
Prof. Dr. B. Gonet
Prof. Dr. med. A. Gusta
Prof. Dr. med. J. Halasa
Prof. Dr. med. J. Horodnicki
Prof. Dr. med. M. Humiczewska – Rajska
Prof. Dr. med. I. Kajder
Prof. Dr. med. D. Karczewicz
Dr. med. A. Kladna
Prof. Dr. med. M. Kurek
Prof. Dr. J. Lubinski
Prof. Dr. med. K. Marlicz
Prof. Dr. med. I. Mazurkiewicz
Prof. Dr. med. T. Mikulski

Prof. Dr. med. M. Naruszewicz
Prof. Dr. med. A. Nowak
Dr. chem. T. Ogonski
Prof. Dr. med. A. Paradowski
Dr. med. M. Parafiniuk
Dr. inf. J. Pastusiak
Dr. med. K. Pilarska
Dr. med. D. Rogowska
Prof. Dr. med. E. Ronin – Walknowska
Prof. Dr. med. L. Rozewicka
Prof. Dr. med. A. Sedlaczek
Dr. M. Sieminska
Prof. Dr. med. M. Sygit
Prof. Dr. med. E. Szmatoch
Prof. Dr. med. G. Szumilowicz
Dr. med. S. Tustanowski
Prof. Dr. med. T. Tyrakowski
Dr. med. A. Walczak
Dr. med. M. Walczak
Prof. Dr. med. E. Weyna
Prof. Dr. med. J. Wojcicki
Prof. Dr. med. S. Zielinski
Prof. Dr. med. E. Zietek
Dr. med. A. Zyluk

Danksagung

Mein herzlicher Dank gilt Herrn Prof. Dr. med. Martin Huber für seine konstruktive und zuverlässige Betreuung dieser Arbeit.

Ganz besonders danke ich Herrn Prof. Dr. med. Stefan Gebhardt für seine große Unterstützung und Hilfe bei der Durchführung der Statistik.

Dank sei Herrn Dr. med. Kurt Suwelack für das Gewähren der Arbeitsmaterialien seines Vortrages „Geschichte der Psychiatrie in Stade“.

Danken möchte ich auch Frau Zielinski für die Hilfe bei der Literatursuche.

Ich bedanke mich bei den Mitarbeitern der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Stade, bei den ärztlichen und psychologischen Kollegen für ihre großzügige Unterstützung bei der Erhebung der Patientendaten sowie bei dem Pflegeteam für das Engagement bei der Austeilung der Patientenfragebogen.

Die Seite 90 (Lebenslauf) enthält persönliche Daten. Sie ist deshalb nicht Bestandteil der Online-Veröffentlichung.