

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Ludwig-Maximilians-Universität München

Direktor: Professor Dr. med. H-J. Möller

**Zufriedenheit psychiatrischer Patienten mit der stationären
Behandlung in einer psychiatrischen Fachklinik und der
Psychiatrischen Klinik der LMU München**

Dissertation zum Erwerb des Doktorgrades der Zahnheilkunde
an der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität
zu München

vorgelegt von
Alexandru Vladimir Tomozei

aus
Iasi

2006

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Priv. Dr. A. M. Möller-Leimkühler

Mitberichterstatter: Prof. Dr. E. Pöppel

Mitbetreuung durch den
promovierten Mitarbeiter: Priv. Doz. Dr. rer. soc. A. M. Möller-Leimkühler

Dekan Prof. Dr. med. D. Reinhardt

Tag der mündlichen Prüfung: 18.07.2006

Mein besonderer Dank für die Unterstützung gebührt Frau Dr. Anne Maria Möller-Leimkühler, Herrn Professor Dr. med. H-J. Möller und Herrn Professor Dr. med. Stephan Volk.

Inhaltsübersicht

1	Einleitung.....	5
1.1	Qualität von Gesundheitsleistungen und Patientenzufriedenheit als Qualitätskriterium.....	5
1.2	Theoretische Ansätze der Zufriedenheitsbildung.....	10
1.3	Methodische Probleme der Erfassung der Patientenzufriedenheit.....	14
1.4	Empirische Ergebnisse von Studien zur Patientenzufriedenheit.....	17
2	Fragestellung.....	29
3	Methodik und Stichprobe.....	29
3.1	Münchener Fragebogen zur Behandlungsbewertung (MFBB – 24).....	29
3.2	Fachklinik Hofheim.....	31
3.3	Durchführung der Befragung.....	32
3.4	Patientenstichprobe der Psychiatrischen Klinik der LMU München.....	33
3.5	StatistischeAuswertung.....	33
4	Ergebnisse.....	34
4.1	Fachklinik Hofheim.....	34
4.1.1	Häufigkeitsverteilungen der Bewertung spezieller Behandlungsaspekte.....	34
4.1.2	Korrelationen der Bewertung spezieller Behandlungsaspekte mit der Gesamtzufriedenheit	46
4.2	Vergleich der Fachklinik Hofheim mit der Psychiatrischen Klinik der LMU München.....	49
4.2.1	Patientenzufriedenheit in München.....	49
4.2.2	Vergleich der Bewertung spezieller Behandlungsaspekte in München und Hofheim.....	51
4.2.3	Vergleich der Gesamtzufriedenheit in München und Hofheim.....	57
4.2.4	Zufriedenheit depressiver Patienten in München.....	59
4.2.5	Vergleich der Bewertung spezieller Behandlungsaspekte in München (depressive Patienten) und Hofheim.....	62
4.2.6	Vergleich der Gesamtzufriedenheit in München (depressive Patienten) und Hofheim.....	68
5	Diskussion der Ergebnisse.....	70
6	Zusammenfassung.....	79

7	Literatur.....	81
8	Verzeichnis der Tabellen und Abbildungen.....	92
9	Anhang.....	94

1 Einleitung

1.1 Qualität von Gesundheitsdienstleistungen und Patientenzufriedenheit als Qualitätskriterium

Die allgemeine Definition der Qualität lautet gemäß der deutschen Norm DIN 55350:

„Qualität ist die Gesamtheit der Merkmale und Merkmalswerte eines Produktes oder einer Dienstleistung, bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen.“

Die Qualitätsanforderungen in der Güterproduktion werden durch den Konsumenten vorgegeben. Diese Anforderungen sind häufig leicht messbare Größen wie zum Beispiel Zuverlässigkeit, Lebensdauer, Leistung, Stromverbrauch. Bei der Frage, inwieweit die Qualität den Kauf eines Produktes bestimmt, ergaben sich jedoch methodische Probleme bei der Erfassung schwieriger Variablen, wie zum Beispiel dem Image eines Produktes.

In der Marketing-Forschung gibt es ausführliche Modelle zur Kundenzufriedenheit, die zum Teil für die Patientenzufriedenheit herangezogen werden. Dazu gehört zum Beispiel das Modell zur Erklärung von wahrgenommener Service-Qualität im Dienstleistungsbereich von Parasuraman, Zeithaml & Berry (1985). Danach hat die wahrgenommene Service-Qualität verschiedene Determinanten und ist eine Funktion von erwarteter und wahrgenommener Dienstleistung, wobei die Erwartung geprägt wird von mündlichen Informationen, individuellen Bedürfnissen und vergangenen Erfahrungen. Die Interpretation des Patienten als Konsument einer medizinischen Dienstleistung ist jedoch fraglich, denn die Rolle des Patienten unterscheidet sich von der des Kunden fundamental:

Im Gegensatz zum Kunden sieht die Rolle des Patienten nicht vor, dass er souverän und aktiv seine Behandlung auswählt. Speziell in der Psychiatrie ist es möglich, dass an einem Patienten eine Dienstleistung vollbracht wird, die er zumindest zunächst ablehnt, und an die Stelle des Wunsches des Patienten der Wunsch der Gesellschaft

nach Erbringung einer solchen Dienstleistung tritt, inklusive der Konsequenz der Erbringung der notwendigen finanziellen Mittel durch die Gesellschaft. Der Patient ist, im Sinne der von Parsons (1951) beschriebener Krankenrolle, passiver und machtloser Hilfeempfänger in einem patriarchalischen System. Ein Patient mit einem solchen Rollenverständnis wird Kritik an seiner Versorgung nicht als angebracht empfinden und deshalb unabhängig von der Qualität der erhaltenen Behandlung stets hohe Zufriedenheit berichten, wenn er danach gefragt wird.

Die Definitionsversuche zur Qualität der medizinischen Versorgung fallen unscharf aus, wie sich anhand zahlreicher Literaturzitate belegen lässt. Nach van Eimeren (1977) ist die Qualität „das Erreichte im Verhältnis zum Machbaren bezogen auf das Erwünschte“. Burkens (1976) deutet Qualität ganz allgemein als Ergebnis der Wirkung medizinischer Aktivitäten und Fassl (1977) wählt einen statistisch orientierten Ansatz, indem er die Anzahl erfolgreich abgeschlossener Betreuungen an der Gesamtzahl der Betreuungen als Maß für die Qualität ärztlicher Betreuung fordert, wobei sich die Bewertung des „Erfolgs“ aus der vorgegebenen Zielvorstellung des Arztes herleiten lässt. Eichhorn (1977) beobachtet zusammenfassend als kleinsten gemeinsamen Nenner aller Definitionsversuche, dass die Qualität der medizinischen Versorgung stets im Hinblick auf Ziele, die im Einzelfall erreicht werden sollen, definiert wird.

Die einfache Befragung der Patientenzufriedenheit setzt zwei Annahmen voraus, um sinnvoll in ein Qualitätsmanagement eingeführt werden zu können und um die Patientenzufriedenheit als ein Qualitätsindikator ansehen zu können:

1. dass eine objektiv gute Realität auch als solche wahrgenommen wird und Zufriedenheit produziert und
2. dass Zufriedenheitsangaben von Patienten tatsächlich auf subjektive Zufriedenheit schließen lassen.

Dies entspricht der Grundannahme der Evaluationsforschung, dass das Antwortverhalten der Befragten eher von der Wirklichkeit des zu bewertenden Objekts bestimmt wird als vom subjektiven Erleben der Befragten (Leimkühler 1996).

Um diese Annahmen zu erfüllen ist es notwendig, dass die empirisch erfassbaren Antworten der Patienten auf einer „Zufriedenheits-Skala“ auch wirklich die

Zufriedenheit des Patienten auf einer nicht unmittelbar wahrnehmbaren Ebene widerspiegeln (Holm 1976). Außerdem ist es notwendig dass die Zufriedenheit zumindest weitgehend mit der objektiven Qualität, die auch nicht unmittelbar messbar ist, korreliert.

Treffen diese Voraussetzungen nicht zu, so wäre die Erfragung der Patientenzufriedenheit irrelevant. Relevant wäre ein Zufriedenheitsbegriff erst dann, wenn er als theoretisches Konstrukt gefasst würde, das einen affektiven Zustand als ein verhaltensregulierendes und verhaltenssteuerndes Element definiert. Dies ist bisher empirisch noch nicht untersucht (Leimkühler 1996).

Ein Grund für die institutionalisierte Zufriedenheitsforschung stellt die Entwicklung von Patienten- und Selbsthilfegruppen dar, die mit einem Wandel der Patientenrolle vom passiven Empfänger zum kritischen Konsumenten medizinischer Leistungen, einhergeht. Neben der Vermittlung von Informationen für ihre Mitglieder stellt das Einbringen der subjektiven Sichtweise ihrer Mitglieder auf die Qualität der Versorgung ein zentrales Anliegen dar. Dies gilt besonders für den Bereich der Psychiatrie, in dem ein großes Desinteresse an den Ansichten der Patienten vermutet wird (McLean 1995).

Eine weitere Wurzel der Zufriedenheitsforschung sind klinische und wissenschaftliche Gründe, wie medizinsoziologische und psychologische Nachweise der Bedeutung der subjektiven Perspektive für den Behandlungserfolg, sowie die mangelnde Differenziertheit objektiver Effektivitäts- und Effizienzkriterien wie Verweildauer, Wiederaufnahmeraten oder Rezidivraten. Darüber hinaus wird häufig ein positiver Zusammenhang zwischen Patientenzufriedenheit und Compliance postuliert (Speedling & Rose 1985), so dass Patientenzufriedenheit auch als eigenständige Outcome betrachtet werden kann, die über die Compliance letztlich den Behandlungserfolg beeinflusst.

Der größte Anreiz zur Erfassung der Patientenzufriedenheit ging jedoch von gesundheitspolitischen und –ökonomischen Gründen aus, die die Entwicklung einer konsumorientierten Zufriedenheitsforschung („consumerism“) vorangetrieben haben: So führte etwa der wachsende Konkurrenz- und Legitimationsdruck im angloamerikanischen Gesundheitssystem dazu, durch Steigerung der Versorgungsqualität bzw. der Zufriedenheit der Patienten Marktvorteile zu gewinnen

(Hancock 1991). Gleichzeitig sollte anhand von Marktforschungsmodellen untersucht werden, ob Patienten sich wie bei Wirtschaftsgütern als Konsumenten von Gesundheitsleistungen verhalten und diese nach ökonomischen Kriterien auswählen. In Deutschland fand die Qualitätsforschung im Gesundheitssystem erst spät über die Kostendämpfungsgesetze als Antwort auf die Kostenexplosion im Gesundheitswesen allgemeine Verbreitung. Hier ist es erklärtes Ziel, die beiden Größen Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit so aufeinander abzustimmen, dass ein effizienter Behandlungsablauf und ein optimales Behandlungsergebnis, auch im Sinne des Patienten, erzielt werden kann.

Mit dem Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz setzten Mitte der 70er Jahre die finanziellen Entlastungsstrategien für das gesetzliche Krankenversicherungssystem ein. Die gesetzlich verordneten Sparmaßnahmen wurden in den letzten Jahren unter anderem mit dem Gesundheitsreformgesetz 1989, dem Gesundheitsstrukturgesetz 1995 sowie dem Gesetz zur Stabilisierung der Krankenhausausgaben 1996 fortgesetzt. Gesetzlich festgeschrieben wurde die Qualitätssicherung in Deutschland zum 1. Januar 1989 in den Normen des 5. Sozialgesetzbuches (SGB V).

Das aktuelle Regelwerk zur medizinischen Qualitätssicherung in Einrichtungen des Gesundheitswesens findet sich im neunten Abschnitt des SGB V § 135-139.

In § 135a SGB V heißt es:

„(1) Die Leistungserbringer sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Die Leistungen müssen den jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.

(2) Vertragsärzte, zugelassene Krankenhäuser sowie Erbringer von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen sind nach Maßgabe der §§ 136 a, 136 b, 137 und 137 d verpflichtet, sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern. Zugelassene Krankenhäuser, stationäre Vorsorgeeinrichtungen und stationäre Rehabilitationseinrichtungen sind nach

Maßgabe der §§ 137 und 137 d verpflichtet, einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln“.

In den Regelungen für die Qualitätssicherung verpflichtet der Gesetzgeber die Leistungsanbieter, sich an Maßnahmen zur Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu beteiligen.

Diese Unterscheidung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität ist international gebräuchlich und wurde inhaltlich als Grundlage für die Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung auf dem 96. Deutschen Ärztetag im Mai 1993 übernommen.

- Die Strukturqualität (appraisal of structure) entspricht der Qualität der Leistungserstellung und bezieht sich auf die Qualität der eingesetzten Produktivfaktoren und der Qualität von Aufbau- und Ablauforganisation. Als Beispiele der eingesetzten Mittel seien genannt: Personal, medizinische Einrichtung, technische Ausstattung, Medikamente, medizinischer Sachbedarf und Arbeitsablauforganisation. Die zugrunde liegende Arbeitshypothese besagt, dass eine positive Korrelation zwischen Qualität der eingesetzten Mittel einerseits und Qualität der medizinischen Versorgung andererseits anzunehmen ist. Anders ausgedrückt: Qualifiziertes Personal, hochwertige technische Ausstattung und gute Organisation bewirken gute medizinische Ergebnisse.
- Die Prozessqualität (assessment of process) ist gegeben durch die Qualität des Behandlungsprozesses. Sie setzt dabei voraus, dass Umfang und Ablauf der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen den anerkannten Regeln der medizinischen Wissenschaft und den Erfahrungen der ärztlichen Berufspraxis entsprechen. Die Arbeitshypothese lautet : Ein qualitativ hochwertiger Behandlungsprozess bewirkt ein gutes Behandlungsergebnis.
- Die Ergebnisqualität (assessment of outcomes) bezieht sich auf die Qualität der Zielerreichung, i.e. des Behandlungsergebnisses. Die Beurteilung des Behandlungsergebnisses erfolgt im Hinblick auf Gesundheits- und Zufriedenheitszustand des Patienten. Die Ergebnisqualität ist der primäre Beurteilungsmaßstab für eine medizinische Leistung.

Die Messung der Patientenzufriedenheit als Qualitätsmerkmal wurde damit enorm aufgewertet, da sie gleichberechtigt neben dem Gesundheitszustand des Patienten

aufgelistet wird. Die Verknüpfung zwischen ökonomischen Überlegungen und der Patientenzufriedenheit wird hier noch deutlicher als in den angloamerikanischen Ländern. Letztlich ist ein gesetzlich verordneter Legitimationszwang entstanden, der die Krankenhäuser verpflichtet, sich für ihre Patientenzufriedenheit gegenüber den Krankenkassen zu rechtfertigen.

Bei Durchsicht der Literatur zur Patientenzufriedenheit fällt auf, dass bei einer Fülle von empirischen Studien der Begriff der Zufriedenheit kaum reflektiert wird, vielmehr als selbstevident vorausgesetzt wird. Angesichts eines steigenden Legitimations- und Wettbewerbsdrucks im Gesundheitssystem erleichtert eine solche Übernahme die schnelle Anpassung an gesetzliche Vorgaben, fördert aber eher ein empirisches Vorgehen in der Evaluationsforschung. Damit wird fraglich, ob Zufriedenheitsnachweise einen Beitrag zur Qualitätssicherung im eigentlichen Sinne, das heißt Patientenschutz und Kontrolle durch Patienten, leisten. Vielmehr besteht die Gefahr zur Etablierung von Fragen, die eher den Bedürfnissen der Auftraggeber und Befragter als den Bedürfnissen der Patienten dienen, da sie auf Inhalte ausgelegt sind, die leicht veränderbar und erfragbar sind, unabhängig von ihrer Bedeutung für den Patienten.

1.2 Theoretische Ansätze der Zufriedenheitsbildung

Im Folgenden (vgl. Leimkühler, Müller 1996) werden aus verschiedenen Disziplinen stammende theoretische Ansätze diskutiert und auf ihren Beitrag zur Patientenzufriedenheit untersucht, um die Zufriedenheitsbildung theoretisch zu fundieren und Zufriedenheitsangaben sinnvoll interpretieren zu können.

Psychologische und soziologische Emotionstheorien

In der Sozialpsychologie gilt hinsichtlich der Entstehung von Emotionen die Theorie von Schachter als einflussreichster Ansatz (zitiert aus Leimkühler & Müller 1996). Er erscheint jedoch für die Entstehung von Zufriedenheit wenig relevant, da eine physiologische Erregung als Bedingung eines emotionalen Zustands angenommen wird, ohne dass die Erregung einer unmittelbaren Ursache zugeschrieben werden könnte. Außerhalb des Labors kommen Emotionen weniger durch starke, zunächst

nicht erklärbare physiologische Reize zustande, sondern vielmehr durch soziale Situationen und ihre Bedeutung.

Eine Ausnahme bildet die kognitive Theorie zur Emotionsentstehung von Lazarus (1984). Er schließt auch soziale Situationen als emotionsauslösend ein, indem Situationen bewertet werden und entsprechend positive und negative Emotionen auslösen. Es wird hier deutlich, dass Emotionen nicht nur reflexartig auf physiologische Stimuli entstehen, sondern an situative Bedingungen geknüpft sind, die das Individuum interpretieren muss. Situative Auslösebedingungen umfassen nicht nur solche Impulse, sondern auch Interaktionsmerkmale und kulturelle Regeln sowie Faktoren, die sich aus sozialstrukturellen Positionen ableiten.

In der Literatur besteht jedoch keine Einigung darüber, ob Zufriedenheit als Kognition oder als Emotion zu konstruieren ist. Erwartungen sind Kognitionen, Zufriedenheit dagegen kann sowohl als kognitives Werturteil, da sie durch Emotionen beeinflussbar ist, als auch als Emotion verstanden werden. Deshalb stehen die beiden Konzepte nicht in einer einfachen linearen Beziehung zueinander. Ein Patient kann zum Beispiel hohe Zufriedenheit nach einem Arztbesuch empfinden aufgrund der Erleichterung, „dass es endlich vorbei ist“ (Avis et al., 1997), was zumindest eine deutliche emotionale Komponente hat.

Bezüglich der Patientenzufriedenheit wird mehr oder weniger davon ausgegangen, dass Zufriedenheit ein kognitives Urteil darstellt, während in der Marketing-Forschung elaborierte empirisch überprüfte Modelle zur Produktzufriedenheit existieren. Oliver (1993) konnte zeigen, dass die Gesamtzufriedenheit mit einem Produkt auch von Gefühlen vorhergesagt werden konnte, die wiederum aufgrund der Zufriedenheit mit einzelnen Produktattributen entstanden.

Swan et al. (1985) gehen davon aus, dass Zufriedenheit ein Gefühl ist. Um zwischen kognitiven Erwartungen und dem Gefühl eine Verbindung herzustellen, postulieren sie, dass die (Nicht-) Erfüllung von Erwartungen zu einem nicht näher spezifizierten allgemeinen positiven bzw. negativen Gefühl führt, das wiederum das kognitive Zufriedenheitsurteil determiniert.

Sozialwissenschaftliche Zufriedenheitsforschung

Auf makrosoziologischer Ebene unterscheiden sich einzelne Länder in ihrer allgemeinen Lebenszufriedenheit infolge unterschiedlicher kultureller Normen (nicht

aufgrund ihrer wirtschaftlichen Entwicklung), aber unterschiedliche stabile Gruppen ein und derselben Gesellschaft unterscheiden sich kaum (Inglehart 1989). Dieses Prinzip der minimalen Variation zwischen unterschiedlichen Gruppen ist immer wieder in internationalen Erhebungen zur Lebenszufriedenheit bestätigt worden: Danach erklären soziodemographische Variablen wie Geschlecht, Alter, Rasse, Einkommen, Bildung und Beruf gemeinsam nur 8 bis 17% der Varianz der Lebenszufriedenheit. Auch auf der individuellen Ebene zeigt sich durchgängig der geringe Einfluss objektiver Prädikatoren, sei es in der Lebensqualitätsforschung oder in der Stadtsoziologie.

Die immer wieder gefundene Differenz zwischen objektiven Bedingungen und subjektiver Zufriedenheit lässt sich mit dem Modell des angepassten Anspruchsniveaus (Campbell 1976) begründen. Danach spiegelt sich in der subjektiven Zufriedenheit einer Person die Differenz zwischen ihrem Anspruchsniveau und ihrer wahrgenommenen Situation, wobei sich das Anspruchsniveau im Laufe der Zeit den jeweiligen objektiven Bedingungen anpasst. Kurzfristige Veränderungen wirken sich zwar kurzfristig auf den Grad der Zufriedenheit, längerfristig erfolgt aber eine Anpassung an die veränderte Situation, so dass Ansprüche und objektive Umstände sich wieder im Gleichgewicht befinden.

Aus der Arbeitszufriedenheitsforschung stammt ein weiteres Modell von Zufriedenheit von Bruggemann et al. (1974). Es geht davon aus, dass es verschiedene Formen der Zufriedenheit gibt, die aufgrund verschiedener psychischer Verarbeitungsmechanismen der Soll-Ist-Differenzen entstehen. So lassen sich die progressive und stabilisierte Arbeitszufriedenheit (die tatsächlich Zufriedenen), die resignative Zufriedenheit (die „eigentlich“ Unzufriedenen, die aber auf Befragungen angeben, dass sie zufrieden seien) sowie die fixierte Unzufriedenheit (die tatsächlich Unzufriedenen) voneinander unterscheiden. Dabei stellen die resigniert Zufriedenen, die ihr Anspruchsniveau infolge der Zeit erheblich reduziert haben, immer eine große Gruppe dar.

Konzepte aus der Wohlbefindensforschung und Sozialpsychologie

In der Wohlbefindensforschung geht man davon aus, dass Wohlbefinden oder Zufriedenheit sowohl von subjektiv wahrgenommenen als auch von objektiven

Bedingungen abhängt, wobei das Verhältnis dieser Bedingungen und ihre Interaktion noch ungeklärt sind. Dabei lassen sich personenzentrierte, umweltzentrierte und passungstheoretische Ansätze unterscheiden (Abele 1991).

Zufriedenheit wird in der Wohlbefindensforschung und Sozialpsychologie als kognitiver Faktor konzipiert, der durch folgende Prozesse zustande kommt:

- durch die Einschätzung der eigenen Situation
- durch das Abwägen positiver und negativer Gegebenheiten
- durch den Vergleich der aktuellen Situation mit angestrebten Zielen (Erwartungen, Anspruchsniveau) und
- durch die Einschätzung der eigenen Situation nach internen und sozialen Vergleichsnormen (Mayring 1991).

Unter den personenzentrierten Ansätzen bieten Vergleichsniveau-, Adaption- und Kompetenztheorien weiteren Aufschluss über das Konstrukt Zufriedenheit.

Soziale Vergleichstheorien gehen davon aus, dass eine Person zufrieden ist, indem es ihr gleich gut oder besser geht als anderen. Hier ist es der subjektive Vergleich der Situation einer Person mit den Situationen anderer Personen, der die Zufriedenheit bestimmt. Insbesondere der abwärtsgerichtete Vergleich kann bei einer gestörten Befindlichkeit zur Erhöhung der eigenen Zufriedenheit führen.

Um eine relative Deprivation zu vermeiden, ist der Aufwärtsvergleich prinzipiell durch gesellschaftliche Normen eingeschränkt.

Adaptionstheorien basieren auf psychische Vergleichsprozesse und nehmen an, dass aktuelle subjektive Erfahrungen normativ anhand bisheriger Erfahrungen bewertet werden. Hier ist Zufriedenheit das Ergebnis eines normativen Abwägungsprozesses auf der Vergangenheits–Gegenwarts–Schiene. Lebensereignisse können solche Bezugsnormen ändern und zu Veränderung der persönlichen Zufriedenheit führen, allerdings wird auch hier mit zunehmender Zeitdauer von einem Gewöhnungseffekt ausgegangen, der zur Angleichung der Vergleichsgrößen führt.

In Kompetenztheorien wird Wohlbefinden als Ergebnis erfolgreicher Bewältigung von externen Anforderungen aufgefasst. Erfolgreiche Bewältigung stärkt das Selbstwertgefühl und wirkt negativen Emotionen entgegen. Inhaltlich verwandt mit Wohlbefinden ist das Konzept der internalen Kontrollüberzeugung, das heißt das

Vertrauen in die eigenen Möglichkeiten, etwas Erwünschtes zu erreichen und Unerwünschtes zu vermeiden.

Unter den umweltzentrierten Ansätzen spielen die sozialen Beziehungen, gefolgt vom allgemeinen Lebensstandard und Arbeitsbedingungen, die wichtigste Rolle für Wohlbefinden. Auch in der Prioritätenstruktur von Patienten, die nach ihrer Zufriedenheit mit ihrem Klinikaufenthalt gefragt wurden, erweisen sich die sozialen Beziehungen zum Arzt und zum Pflegepersonal vor den materiellen Bedingungen als das subjektiv wichtigste Element einer zufriedenstellenden Versorgung. Dieses Phänomen ist aus psychosozialer Sicht nicht verwunderlich, da im Falle eines stationären Aufenthaltes ein besonderer Bedarf an sozialer Unterstützung unterstellt werden kann, deren emotionale Anteile im wesentlichen durch Interaktion abgedeckt werden.

Die Hospitalisierung eines Patienten stellt eine einschneidende Veränderung der Alltagssituation dar. In dieser Situation sind passungstheoretische Konzepte von besonderer Bedeutung für die Patientenzufriedenheit. Die Übereinstimmung zwischen Patientenbedürfnissen und Versorgungsbedingungen sind hier kaum möglich; man denke allein an die Nebenwirkungen und Risiken, die während einer Behandlung eingegangen werden müssen. In den passungstheoretischen Konzepten wird zwar auch die Übereinstimmung zwischen individuellen Bedürfnissen und objektiven Bedingungen als Grundlage der Zufriedenheitsbildung angesehen, ist eine solche Übereinstimmung jedoch nicht gegeben, so muss durch Interaktion und/oder Anpassung Zufriedenheit hergestellt werden. Je geringer dabei die Möglichkeit zur Veränderung der Situation ist, umso eher kann es zu einer resignativen Anpassung kommen, die auf einer positiven Umbewertung der Situation oder auf sozial erwünschte Zufriedenheitsäußerungen beruht.

1.3 Methodische Probleme der Erfassung der Patientenzufriedenheit

Eine Frage, die im Zusammenhang mit der Erfassung der Patientenzufriedenheit immer wieder auftaucht, betrifft die Gewichtungen der verschiedenen Dimensionen.

Es ist intuitiv zum Beispiel anzunehmen, dass die technische Qualität einer Behandlung einen stärkeren Einfluss auf die Zufriedenheit hat als zum Beispiel die Bequemlichkeit der Wartezimmer oder die Parkmöglichkeit. Diese Frage wird üblicherweise durch die Berechnung des Zusammenhangs zwischen der Zufriedenheit mit verschiedenen Einzelaspekten der Versorgung und der Gesamtzufriedenheit überprüft. Die Ergebnisse sind uneinheitlich und sprechen insgesamt nicht dafür, dass Patienten in ihre Gesamtbeurteilung verschiedene Aspekte mit unterschiedlicher Gewichtung einfließen lassen (Ross, Steward & Sinacore 1993).

Hinter der Verwendung von Zufriedenheitswerten (als Legitimationsbarometer) steht die Hypothese, dass gute Situationen, Verhältnisse und Dinge zu Zufriedenheit führen und umgekehrt aus dem Vorhandensein von Zufriedenheit auf die Qualität der Zustände geschlossen werden kann (Ipsen 1978). Neben dem Problem, ob durch Patienten die Behandlungsqualität überhaupt erfasst werden kann, stellt sich die Frage, inwieweit die Zufriedenheit als theoretisches Konstrukt mit der geäußerten Zufriedenheit als Antwort auf eine Fragenbatterie in Beziehung steht (Holm 1976). Da die Zufriedenheit nicht direkt gemessen werden kann, kann nur durch Plausibilitätsannahmen eine Annäherung versucht werden.

Weiter stellt sich die Frage nach der Spezifität, das heißt ob die Dimensionierung der Patientenzufriedenheit vom jeweiligen Bereich der medizinischen Versorgung abhängt. Hierzu findet sich in der Literatur relativ wenig. Die meisten Modelle oder Fragebögen werden für ein bestimmtes Setting (häufig der allgemeinmedizinischen Akutversorgung) entwickelt und die Übertragbarkeit auf andere Settings wird üblicherweise nicht thematisiert. Es ist jedoch plausibel, dass es Unterschiede in der Dimensionierung der Patientenzufriedenheit z.B. zwischen ambulanter und stationärer Versorgung gibt, da Unterbringung und Pflege in der stationären Versorgung eine wichtigere Rolle spielen. Dementsprechend finden sich in bereichsspezifischen Instrumenten z.T. auch für den jeweiligen Bereich spezifische Bewertungsdimensionen (z.B. in Modellen zur Zufriedenheit mit stationären Rehabilitationsbehandlungen die Dimensionen „psychologische Betreuung“, „Schulungen und Vorträge“ (Raspe et al. 1997) oder „Unterricht und Kommunikation“ (Heinemann, Bode, Cichowski & Kan 1997).

In der Regel sind die Fragebögen als Entlassungsbögen konzipiert, da die Befragung über den Gesamteindruck zeitlich am plausibelsten ist und der organisatorische Aufwand zu diesem Zeitpunkt am geringsten ist. Bei diesem Erhebungszeitpunkt ist allerdings die Kontrolle der Repräsentativität der Responder schwierig. Dieses Problem erscheint besser gelöst durch Stichtagserhebung während des stationären Aufenthalts, wobei jedoch unterschiedliche individuelle Verweildauern in Kauf genommen werden müssen. Die Frage, ob sich Patientenurteile im Behandlungsverlauf wesentlich verändern, ist bisher nicht abschließend zu beurteilen; es gibt jedoch Hinweise darauf, dass Behandlungszufriedenheit ein relativ stabiles Phänomen ist (Leese et al. 1998) und von Beginn des stationären Aufenthalts bereits hoch ausgeprägt erscheint (Langewitz et al. 1995).

Ein weiteres methodisches Problem ist die Selektivität der Ergebnisse von Fragebogenuntersuchungen. Aufgrund der Schwere der Erkrankung scheiden einige Patienten bei einer solchen Untersuchung aus, da sie intellektuell nicht fähig sind, einen Fragebogen zu bearbeiten. Von den verbleibenden Patienten füllt nur ein Teil den Bogen aus. Zur Gruppe der Non-Respondern wurden widersprüchliche Zufriedenheitsannahmen veröffentlicht. So vermuten Nguyen et al. (1983), dass zufriedene Patienten eher bereit sind den Fragebogen auszufüllen. Ware et al. (1983), sowie Lebow (1983) dagegen finden eine geringe Rücklaufquote der Fragebögen von zufriedenen Patienten (beide zitiert aus: Rentrop et al. 1999).

Ein weiteres Problem stellt die Möglichkeit durchgängiger Antworttendenzen dar, insbesondere eine Tendenz zur Äußerung von hoher Zufriedenheit. Für die stereotyp hohen Werte gibt es verschiedene Erklärungsansätze: Möglicherweise spiegeln sie die tatsächlich sehr positive Bewertung von Patienten wider. Dagegen spricht allerdings, dass in offenen Interviews oft Kritik geübt wird, die sich in Fragebögen nicht wiederfindet (Williams, Coyle & Healy 1998). Eine Alternativerklärung wäre soziale Erwünschtheit und die Angst der Patienten vor möglichen Konsequenzen in der Behandlung, wenn ihre Kritik bekannt wird. Ein weiterer Erklärungsansatz stützt sich auf das Konzept der kognitiven Dissonanz. Demnach gehen Patienten davon aus, dass die medizinische Behandlung, der sie ihre Gesundheit anvertrauen, sehr gut ist (Erzberger, Derivaux & Ruhstrat 1989).

Soll nicht nur die Gesamtzufriedenheit erfragt werden, sondern vor allem die Zufriedenheit mit einzelnen Aspekten des stationären Aufenthaltes, so ist ein umfangreicher Fragekatalog notwendig. Dieses sollte sowohl positiv als auch negativ formulierte Fragen enthalten um Antworttendenzen besser zu kontrollieren. Damit steigen die Anforderungen an den Patienten deutlich. Um die Selektion zu vermeiden, werden organisatorische Maßnahmen, wie die Bereitstellung eines Ansprechpartners, notwendig.

1.4 Empirische Ergebnisse von Studien zur Patientenzufriedenheit

Die Ergebnisse empirischer Studien weisen immer auf extrem hohe Zufriedenheit hin. Patienten schätzen ihre klinische Versorgung positiver ein, als dies vom Personal erwartet wird (Kalman 1983). Grundsätzlich werden Zufriedenheitsitems von mehr als 80% aller Patienten unabhängig vom Iteminhalt im Sinne hoher Zufriedenheit beantwortet (Fitzpatrick 1991). Bei einer Umfrage nach der Gesamtzufriedenheit mit dem Hausarzt, äußerten sich 94,7% der teilnehmenden Patienten „zufrieden“ oder „sehr zufrieden“. Insgesamt 7,3% äußerten sich „eher zufrieden“, „teils/ teils“ oder „eher unzufrieden“. Kein Patient war nach eigener Angabe „insgesamt unzufrieden“ oder „sehr unzufrieden“ (bei insgesamt 1616 Teilnehmern) (Landesvertretung Hessen der VdAK/ AEV 1999).

Bei einer Studie des Berufsverbandes der Deutschen Urologen vergaben 7000 Patienten im Mittel die Note 1,4 für die Vertragsärztlichen Leistungen und 1,6 für die Gesamtzufriedenheit (DÄ 2000). Die konsistent hohe Zufriedenheit lassen weniger auf rationale Beurteilung optimaler Versorgungsqualität schließen, als vielmehr auf soziale Erwünschtheit und die Angst vor Konsequenzen in der Behandlung, wenn Kritik ausgeübt wird. Der Befund, dass chronisch Kranke sich zum Gesundheitssystem zufriedener äußern als akut Erkrankte, lässt sich eher als Anpassungsphänomen deuten (Clade 2000).

In qualitativen Studien wird jedoch von den Patienten detaillierte Kritik an der Versorgung geübt. Ein Modell, das in einer qualitativen Interview-Studie speziell zur

Erklärung der hohen Patientenzufriedenheitswerte entwickelt wurde, stammt von Williams et al. (1998). Hier geht man davon aus, dass eine negative Bewertung der Behandlung nur dann zu einem Unzufriedenheitsurteil führt, wenn für denjenigen Patienten die nicht ausreichend erbrachte Leistung (a) unter die Pflichten des Arztes fällt und er (b) den Arzt für die Nichteinbringung persönlich verantwortlich macht. Durch dieses Modell lässt sich zum Beispiel eine positive Beurteilung der Behandlung trotz eigentlich unbefriedigenden Behandlungsergebnisses damit erklären, dass der Patient seine Heilung nicht zur Pflicht des Arztes erklärt. Damit leisten Williams et al. (1998) eine Trennung von Bewertung und Zufriedenheitsurteil, die in der Literatur üblicherweise gleichgesetzt werden.

Das Nebeneinander von globaler Zufriedenheit und gleichzeitiger Unzufriedenheit mit bestimmten Aspekten der medizinischen Versorgung wurde in der Literatur bereits beschrieben. Nach einer Studie des Emnid-Institutes (Clade 2000) plädieren 41% der Befragten dafür, dass die Ärzte mit den Patienten mehr reden und weniger Medikamente verordnen sollten, trotz hoher Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem. Weitere 44% waren der Meinung, dass dies „eher wünschenswert“ sei und 62% meinen, dass zu viele Arzneimittel verordnet werden.

Soziodemographische Faktoren

Patientenzufriedenheit korreliert mit soziodemographischen Parametern. Besonders zwischen dem Alter und der gemessenen Zufriedenheit besteht ein positiver Zusammenhang (Hall & Dornan 1988), der sich möglicherweise mit der mit dem Alter steigenden sozialen Erwünschtheit begründen lässt. Schwache Zusammenhänge zeigen sich mit dem Bildungsniveau, wobei Personen mit höherem Bildungsniveau eine höhere Zufriedenheit angeben und mit der Schwere der Beschwerden, wobei bei stärkeren Beschwerden eine geringere Zufriedenheit angegeben wird (Cohen 1996; Leimkühler & Müller 1996). Die häufig geäußerte Vermutung, dass Frauen zufriedener seien als Männer, ließ sich in den Untersuchungen von Barker (1996) und Fährdrich (1998) nicht bestätigen.

Diagnose und Psychopathologie

Die Zufriedenheitsangaben in der Psychiatrie erreichen nicht das gleiche Niveau wie in anderen Fachrichtungen. In einer Studie von Hermann et al. (1998) zeigten Ältere

ohne psychiatrische Erkrankung eine Gesamtzufriedenheit mit dem Gesundheitswesen von 95%, mit psychiatrischer Erkrankung „nur“ eine Gesamtzufriedenheit von 91%.

Kelstrup et al. (1993), Barker (1996) und Hoff et al. (1999) sahen einen signifikanten Zusammenhang zwischen Diagnose und Patientenzufriedenheit. Es wurde eine geringere Zufriedenheit von Patienten mit nicht affektiven Psychosen verglichen mit Patienten aller anderen Diagnosegruppen gefunden.

Greenwood et al. (1999) fanden mehr Unzufriedene unter den Zwangseingewiesenen. Weiter soll die psychopathologische Symptomatik mit der Patientenzufriedenheit korrelieren (Gruyters und Priebe 1992).

Erwartungen und subjektives Krankheitskonzept

Wenn die Patientenzufriedenheit als Ergebnis des Abgleichs von Erwartungen und Erfahrungen verstanden wird, müssen die Erwartungen des Patienten Eingang in eine Erhebung zur Patientenzufriedenheit finden. Eine häufig zitierte Studie, in der die erhobenen Erwartungen mit der Patientenzufriedenheit in Zusammenhang gebracht wurden, stammt von Linder-Pelz (1982). Hierbei zeigten sich von der tatsächlichen Behandlung unabhängige geringe Effekte der Erwartungen auf die Zufriedenheit; das heißt, Patienten mit hohen Erwartungen gaben unabhängig von der erhaltenen Behandlung eine höhere Zufriedenheit an als Patienten mit niedrigen Erwartungen.

In der Studie von Like & Zyzanski (1987) wurden vor dem Arztbesuch die Forderungen für den aktuellen Arztbesuch erhoben. Nach dem Besuch wurde die Patientenzufriedenheit abgefragt und zusätzlich welche der Forderungen vom Arzt erfüllt worden war. Die Wunscherfüllung korrelierte schwach, aber signifikant mit der Patientenzufriedenheit. Ein deutlich höherer negativer Zusammenhang fand sich zwischen Patientenzufriedenheit und der Nichterfüllung von Forderungen.

Joos et al. (1993) führten die gleiche Erhebung an chronisch kranken Patienten durch und fanden eine signifikante Korrelation nur für den Anteil erfüllter von den geäußerten Forderungen, nicht für die absolute Zahl erfüllter vorher geäußerter Forderungen. Auch hier korrelierte die Zahl nicht erfüllter Forderungen am deutlichsten mit der Patientenzufriedenheit.

Insgesamt lässt sich bei diesen Fragebogen-Studien festhalten, dass Erwartungen, Wünsche oder Forderungen an einem Arztbesuch sowie deren Erfüllung bzw.

Nichterfüllung die Patientenzufriedenheit beeinflussen können. Inwieweit die Erhebung von Erwartungen vor dem Arztbesuch solche Zusammenhänge erhöht oder überhaupt erst herstellt, lässt sich dabei nicht sagen. Es ist jedoch nicht unplausibel, dass die Erhebung von Erwartungen oder Wünschen und deren Erfüllung den Urteilsprozess bei der Beantwortung von Zufriedenheits-Fragen beeinflusst. So berichten Like & Zyzansky (1987), dass Studienteilnehmer, die vor dem Arztbesuch einen Erwartungs-Fragebogen ausgefüllt hatten, dem Arzt klarer gegenübertraten als Nichtteilnehmer.

Linden et al. (1988) sehen die Erwartungen in umfassende Erklärungsmodelle der Patienten, für die der Begriff der Krankheitskonzepte gewählt wurde, eingebettet. Um den Zusammenhang zwischen der Compliance und den Krankheitskonzepten zu erfassen wurde eine entsprechende Skala entwickelt. Zur Entwicklung dieser Skala unterzogen die Autoren eine Zusammenfassung von Items bekannter Ansätze, die im folgenden kurz beschrieben werden:

So unterscheidet Haring (1983 zitiert aus Linden et al.1988) die vier Dimensionen akut vs. chronisch, organisch vs. nicht organisch, allgemein vs. spezifisch und individuell vs. interaktionell. Akute Krankheitskonzepte sind im Kontext der aktuellen Situation entstanden und leicht veränderbar. Chronische Krankheitskonzepte, wie zum Beispiel die Vorstellung, dass man selbst nicht krank werden kann, überdauern häufig selbst einschneidende Erlebnisse wie zum Beispiel einen Herzinfarkt. Organische Krankheitskonzepte sind beispielsweise die euphorische Kritikminderung bei Patienten mit multipler Sklerose. Allgemeine Krankheitsvorstellungen sind beispielsweise Vorstellungen, dass natürliche Heilmethoden besser sind als Medikamente. Individuelle Krankheitskonzepte sind eher dem Patienten ohne Beeinflussung von außen zuzuordnen, interaktionelle kommen eher durch den Einfluss von Therapeuten oder Bezugspersonen zustande.

Böker (1980 zitiert aus Linden et al. 1988) ordnet Krankheitskonzepte phänomenologisch nach inhaltlichen Gemeinsamkeiten. So kann Krankheit ein „von außen eingedrungenes schädigendes Agens“, das „Unerklärliche-Numinose“ usw. sein.

Wallstone et al. (1978 zitiert aus Linden et al. 1988) beschreiben Krankheitskonzepte unter dem Aspekt Internalität vs. Externalität. Hierbei geht es

darum, inwieweit der Patient glaubt, dass er selbst Einfluss nehmen kann oder von äußeren Faktoren bzw. Therapeuten abhängig ist.

Fischer und Farina (1979 zitiert aus Linden et al. 1988) unterscheiden zwischen biologisch vs. psychosozial geprägten Krankheitskonzepten. Biologische Krankheitsvorstellungen vertrauen mehr auf Medikamente, psychosoziale Krankheitskonzepte versuchen selbst die Initiative zu ergreifen und sind Medikamenten gegenüber reservierter.

Kognitive Modelle (Cameron 1978, Burns 1981, Linden 1980 zitiert aus Linden et al. 1988) gehen davon aus, dass Krankheitskonzepte konkrete Deutungen anbieten, die unmittelbare verhaltenssteuernde Relevanz haben. Besondere Aufmerksamkeit ist hier auf dysfunktionale Konzepte zu lenken, wie beispielsweise die Annahme: wenn ich zum Arzt gehe, mache ich mich lächerlich.

Weiter lassen sich unter motivationspsychologischen Gesichtspunkten Krankheitskonzepte als Kosten-Nutzen-Rechnungen des Patienten, in die die Einschätzung der persönlichen Krankheitsanfälligkeit, der Schwere der Bedrohung und die der Verfügbarkeit einer Behandlung eingehen.

Eine qualitative Studie zum Zusammenhang von Erwartungen und Zufriedenheit stammt von Fitzpatrick & Hopkins (1983). Hier wurden Patienten befragt, die wegen chronischen Kopfschmerzen eine Spezialsprechstunde aufsuchten. Bezüglich der Erwartungen vor dem Arztbesuch zeigte sich, dass die Patienten keine genauen Vorstellungen hatten und sich nur sehr zögernd äußerten, so dass Erwartungen kaum als eine mögliche Basis für eine spätere Beurteilung der Behandlung erschienen. Die Bewertung der Behandlung ließ sich auch nicht darauf zurückführen. Die dennoch offensichtliche Variation in der Bewertung führten die Autoren auf ein Konzept zurück, dass sie „goal of helpseeking“ nannten und das im wesentlichen davon bestimmt wurde, wie die Patienten ihre Beschwerden interpretierten. Dabei unterscheidet man drei Gruppen von Patienten, die jeweils verschiedene Absichten mit ihrem Klinikbesuch verbanden: (1) Patienten, die sich vergewissern wollten, dass keine ernstzunehmende Erkrankung vorlag und (2) Patienten, die Symptomerleichterung suchten, bewerteten die Behandlung üblicherweise positiv, da sie ihre Ziele erreichen konnten. (3) Patienten mit dem Wunsch nach präventiver Behandlung und Ursachenbekämpfung waren eher enttäuscht, da die in der Klinik angebotene, im wesentlichen diagnostische Standardbehandlung nicht darauf

ausgelegt war, in dem von diesen Patienten gewünschten Ausmaß in die Tiefe zu gehen. Die Autoren folgern daraus, dass bei der Behandlung chronischer Krankheiten wie beispielsweise Migräne, die mit sehr unterschiedlichen subjektiven Konzepten der Betroffenen verbunden sind, die Patientenbewertung medizinischer Behandlungen stark mit solchen subjektiven Konzepten verbunden ist und nicht als Funktion von a-priori-Erwartungen verstanden werden kann.

Kröber (1993) untersuchte die subjektiven Krankheitsursachen bipolar manisch depressiver Patienten. Dabei konnte eine Korrelation zwischen der Anzahl der bisherigen Krankheitsphasen festgestellt werden. Frauen halten bei der Erstdiagnose Probleme in ihren privaten Beziehungen für die Ursache der Erkrankung. Männer dagegen geben häufig berufliche Probleme an. Mit zunehmender Anzahl der Rückfälle steigt jedoch die Zahl der Patienten, die eine medizinische Ursache annehmen. Dieses Phänomen ist besonders ausgeprägt bei Männern. Allerdings geht diese Krankheitseinschätzung mit einer zunehmenden Resignation einher.

In einem mehr archaischen Krankheitskonzept wird die Verursachung einer Krankheit dem Übersinnlichen zugeschrieben. So glauben in einer Psychiatrischen Klinik in Malaysia 53% der befragten Patienten an ein solches Krankheitsgeschehen (Razali et al. 1996). Diese Annahme war nicht von Geschlecht, Alter, Ausbildung oder Beruf abhängig. Neben einer geringeren Wiedervorstellungsrate war auch die Medikamentencompliance dieser Patienten verglichen mit Patienten, die die Verursachung ihrer Krankheit nicht dem Übersinnlichen zuschrieben, signifikant verringert.

Auch unabhängig von solchen subjektiven Krankheitskonzepten können sich Erwartungen konkret auf die Erbringung verschiedener Dienstleistungen beziehen. Bei einer Befragung von Allgemeinpatienten durch von Ferber (2000) ergab sich die folgende Reihenfolge an Erwartungen eines Arztbesuches:

- Information über ihre Erkrankung sowie Erklärung zu Befunden und Progressen zum Verlauf der Erkrankung zu erhalten 33%
- spezifische diagnostische und/oder therapeutische Maßnahmen 29%
- allgemeine Untersuchungen 22%
- ein Rezept erhalten 20%

In einer Studie von Blenkiron (1998) an einer britischen psychiatrischen Klinik wurden folgende Erwartungen geäußert.

- Möglichkeit über Probleme und Befindlichkeit zu reden 72%
- eine Erklärung der Krankheitsursache zu bekommen 54%
- Medizin zu nehmen 32%
- eine bestimmte Untersuchung zu bekommen 7%
- einen allgemein-internistischen Check zu bekommen 4%

Nach Hansson (1993) stand bei einer Befragung von stationären Psychatriepatienten an erster Stelle der Erwartungen eine gute emotionale Beziehung zum Personal, gefolgt von der Mitwirkung bei der Therapieplanung, erst an letzter Stelle wurde die Hotelqualität genannt.

Bei Jungkuntz et al (1999) beurteilten stationäre psychiatrische Patienten den Erfolg von Gesprächen und Therapien auf einer zehnstufigen Skala (1= sehr viel Hilfe; 10= gar keine Hilfe). Dabei ergab sich folgendes Resultat:

Gespräche mit:

- Ärzten 2,70 + 1,38
- Pflegepersonal 2,83 + 1,45
- Psychologen 3,76 + 2,22
- Sozialpädagogen 4,08 + 2,72
- mit Patienten 3,47 + 1,30

Therapie:

- Medikamente 3,02 + 1,23
- Beschäftigungstherapie 3,50 + 1,78
- Arbeitstherapie 3,75 + 2,34
- Sporttherapie 3,86 + 2,82
- sonstige Therapien 4,29 + 4,76

Es zeigt sich hier, trotz aller Kritik im Detail, eine überraschend hohe Zustimmung zur medikamentösen Therapie. Zur Bewertung der Sozialpädagogen muss angeführt werden, dass etwa die Hälfte der Patienten keinen Kontakt mit Sozialpädagogen und Psychologen hatten. Es wäre ein eigener Punkt zu untersuchen, ob die verbleibende Hälfte zu solchen Negativurteilen neigt, um die schlechte Zustimmung zu erklären.

Es ist plausibel, dass die Erwartungen der Patienten bezüglich verschiedener Aspekte der klinischen Versorgung unterschiedlich sind und durch die Behandlungsdauer beeinflusst werden. In einer Studie von Frey (1999, zitiert aus Dunkel 2001) vergaben die Patienten in der Poliklinik des Klinikums Heidelberg für das Item „die Ärzte sind gut ausgebildet und fachlich kompetent“ die höchste und für das Item „ich kann mit den Ärzten auch über persönliche Dinge reden“ die niedrigste Priorität. Vermutlich tritt die Erwartung an die psychosoziale Kompetenz zugunsten der Erwartung an die fachliche Kompetenz bei kurzfristigen Kontakten in einer Poliklinik in den Hintergrund.

In einer Studie von Avis, Bond & Arthur (1997) zeigte sich, dass mit steigender Behandlungsdauer und –erfahrung die Patienten vor allem den Krankheitsverlauf – und damit auch den Erfolg der Behandlung- in die Bewertung einbezogen.

Der Einfluss der Behandlungsdauer und –erfahrung weist auf einen weiteren Aspekt hin, der für die Patientenbewertung und –zufriedenheit sehr wichtig zu sein scheint: Die bisherige Erfahrung mit dem medizinischen System. Sixma et al. (1998) fanden, dass sich Unzufriedenheit am besten mit schlechten Vorerfahrungen im medizinischen System erklären ließ, unabhängig davon, ob diese in einem Zusammenhang mit dem akuten Arztbesuch standen.

Nach einer Studie von Ferber (2000) waren 31% der neu erkrankten Patienten in Hausarztpraxen der Meinung, dass gegen ihre Erkrankung nur Medikamente helfen. Bei Patienten, die länger erkrankt waren, waren 59% dieser Auffassung. Auch hier zeigt sich eine Veränderung der Patientenerwartungen, die durch den situativen Kontext des Patienten bedingt ist.

Vielmals wurde in der Literatur beschrieben, dass Patienten ihre Zufriedenheit mit dem Gebäude und der Ausstattung differenziert beurteilen können. Ob diese Zufriedenheit auch mit der Gesamtzufriedenheit mit der Klinik korreliert, bleibt jedoch

eine offene Frage. Interessant ist an dieser Stelle der Befund, dass die bauliche Sanierung der Klinik mit der schlechtesten Gesamtzufriedenheit in der Studie von Baker et al. (1998) zu keinerlei Änderung der Beurteilung durch die Patienten führte.

In der Regel geben die Patienten als wichtigste Zufriedenheitsquelle die psychosozialen vor den professionellen und materiellen Versorgungsaspekten an, wie individuelle Behandlung und Autonomie, positive Beziehungen zum Pflegepersonal und positive Arzt-Patienten-Kommunikation (Böcker FM 1989, Bossert et al. 1990, Dyck RJ 1983, Elbeck 1990, Gruyters 1992, Hansson 1989, Hansson 1993, Kallert 1991, Kelstrup 1993, Kordy 1990, Mc Donald 1988, Schmidt 1989, Waniek 1977, Windgassen 1989). Auch bei der Befragung von Mitgliedern von Patientenorganisationen ergab sich als wichtigste Erwartung: „A professional relationship with the physician based on mutual trust and respect between two equal partners“ (de Ridder et al. 1997).

Nach Leese et al. (1998) ist die Patientenzufriedenheit sowohl mit den erfüllten als auch den nicht erfüllten Erwartungen negativ korreliert. Es kann daher spekuliert werden, dass ein höheres Anspruchsniveau nur teilweise durch bessere Angebote befriedigt werden kann.

Lebensqualität

Der Zusammenhang zwischen der Lebensqualität und der Patientenzufriedenheit ist wenig untersucht, und dies obwohl Interferenzen zwischen beiden nahe liegen. So könnten Patienten- und Lebenszufriedenheit Ausdruck einer allgemeinen Zufriedenheitsdisposition oder Unzufriedenheitsdisposition sein. Auch könnte die Patientenzufriedenheit zu objektiv besseren Lebensbedingungen führen, wird sie als Ergebnis einer objektiv guten Behandlung verstanden, welche mit einem verbesserten Gesundheitsgefühl als Teil der Lebensqualität einhergehen kann. Aber auch umgekehrt könnte eine gute Lebensqualität als optimale therapeutische Rahmenbedingung zu einem besserem Behandlungsergebnis führen.

Ein ausführlicher Überblick zum Konstrukt der Lebenszufriedenheit und seiner empirischen Befundlage findet sich bei Fahrenberg, Myrtek, Schumacher & Brähler (2000). Lebenszufriedenheit ist ein vage definiertes Konzept, bei dem verschiedene

definitive Schwierigkeiten auftreten: Inhaltliche Schwerpunktsetzung, Umfang (global vs. verschiedene Einzelaspekte) und Erhebungsperspektive (aktuelle Zufriedenheit vs. Lebensbilanz). Lebenszufriedenheit lässt sich auf zwei verschiedenen Ebenen dimensionieren. Zum einen werden auf einer abstrakten Ebene folgende vier Dimensionen unterschieden: Lebenszufriedenheit als kognitive Bilanz der Erreichung eigener Lebensziele, Glück als zeitlich ausgedehnte affektive Komponente des Wohlbefindens sowie die vorübergehenden affektiven Komponenten positiver Affekt und negativer Affekt. Die zweite Dimensionierung bezieht sich auf die in Erhebungen der Lebenszufriedenheit erfassten Lebensbereiche. Der Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (Fahrenberg et al. 2000) erfasst die acht Dimensionen Gesundheit, Arbeit und Beruf, finanzielle Lage, Freizeit und Hobby, Ehe und Partnerschaft, Kinder, eigene Person, Sexualität. In ihrem Literaturüberblick nennen Fahrenberg et al. (2000) folgende soziodemographische Korrelate der Lebenszufriedenheit: Zum Zusammenhang mit dem Geschlecht finden sich verschiedene Ergebnisse ohne eindeutige Richtung. Es existiert ein leichter Zusammenhang mit dem Alter in dem Sinne, dass ältere Menschen tendenziell zufriedener sind; allerdings zeigt sich das nicht bei allen erfassten Lebensbereichen – die Zufriedenheit mit der finanziellen Situation etwa ist bei älteren Menschen eher höher, die mit der Gesundheit dagegen eher niedriger. Bezüglich des Familienstands zeigt sich, dass Personen, die mit einem festen Partner zusammenleben, zufriedener sind. Auch mit dem sozioökonomischen Status existiert ein Zusammenhang, wobei besser gestellte Personen zufriedener sind. Weitere Korrelate der Lebenszufriedenheit sind Neurotizismus und Depressivität (nach FPI, Fahrenberg, Hampel & Selg 1989) in dem Sinne, dass Personen mit hoher Ausprägung dieser traits unzufriedener sind. Der umgekehrte Zusammenhang findet sich für Extraversion. Als wichtigster Faktor der Lebenszufriedenheit wird der Gesundheitszustand genannt; gesündere Menschen sind mit ihrem Leben deutlich zufriedener. Zusammenfassend ist die Lebenszufriedenheit ein Konstrukt mit einem schwachen theoretischen und definitiven Hintergrund, das vor allem operational definiert wird. Damit weist das Konzept Parallelen zur Patientenzufriedenheit auf: Auch diese ist theoretisch und definitiv schwach fundiert, es existieren viele verschiedene Instrumente. Auch die Korrelate weisen Ähnlichkeiten auf: Sowohl die Patienten- als auch die Lebenszufriedenheit sind höher bei älteren, subjektiv gesünderen und weniger depressiven Personen.

Ein Zusammenhang zwischen Lebensqualität und Patientenzufriedenheit wurde in einem Teil der älteren Studien auch gefunden (Berger 1983; Le Vois et al. 1981). Roberts et al. (1994) fanden dagegen keinen Zusammenhang. Neuere Studien berichten von einer schwachen Korrelation zwischen allgemeiner Lebensqualität und Patientenzufriedenheit. So folgern Koivumaa-Honkanan et al. (1999) aus den Resultaten ihrer Studie, dass Lebenszufriedenheit und Behandlungszufriedenheit nur schwach korreliert sind. Entsprechend fanden Holloway und Carson (1999) einen schwachen Korrelationskoeffizienten zwischen beiden von 0,21 der damit nur unweit dem Scheidewert $r = 0,2$ liegt, unterhalb dessen nach üblicher Konvention von keiner Korrelation ausgegangen wird.

Entgegen der zuvor beschriebenen hohen Patientenzufriedenheit findet sich bei psychiatrischen Patienten eine niedrigere allgemeine Lebenszufriedenheit, die unter der Lebenszufriedenheit der Allgemeinbevölkerung liegt (Koivumaa-Honkanan et al. 1996). Ebenfalls scheinen entgegen der höheren Patientenzufriedenheit der affektiv Erkrankten, verglichen mit den schizophren Erkrankten, die affektiv Erkrankten eine geringere subjektive Lebensqualität zu haben, verglichen mit den schizophren Erkrankten (Koivumaa-Honkanan et al. 1996).

Compliance

Die Definition von Compliance ist die Bereitschaft des Patienten zur Mitarbeit bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, die sich zum Beispiel im Grad der Zuverlässigkeit, mit der ein Patient die Verordnungen einhält, äußert (Pschyrembel 1994). Der bereits erwähnte postulierte Zusammenhang zwischen Patientenzufriedenheit und Compliance (Speedling & Rose 1985) wird von verschiedenen Studien bestätigt. Zufriedene Patienten zeigen demnach eine höhere Compliance und eine geringere Tendenz zum Wechsel der Behandlungseinrichtung (Pascoe & Attkisson 1983, Keith 1998). Die systematische Beobachtung der Compliance hat Tradition in der Medizin, weniger als Outcome der Patientenzufriedenheit, sondern als Einflussgröße der Zuverlässigkeit, mit der zum Beispiel Medikamente eingenommen werden, Diäten befolgt werden etc. So wird die Compliance, vorausgesetzt eine adäquate Therapie steht zur Verfügung, als wichtigste Bedingung für einen Therapieerfolg angesehen. Ebenso wie beim Konstrukt der Patientenzufriedenheit kann auch hier zwischen einer objektiven und

einer erfragbaren Compliance unterschieden werden. Die objektive Compliance ist, zum Beispiel durch die Messung von Medikamentenspiegeln im Blut, erfassbar; jedoch ist diese Methode so aufwendig, dass die Patienten meist zur Compliance befragt werden.

In Verbindung mit der Behandlungcompliance wird immer wieder die Krankheitseinsicht erwähnt. Hierbei zeigt sich bei einer höheren Krankheitseinsicht auch eine bessere Compliance (Hayashi 1999). Bei der Definition der Krankheitseinsicht treten allerdings ähnliche Probleme wie bei der Patientenzufriedenheit auf. Linden et al. (1979, zitiert nach Hayashi 1999) definieren die Krankheitseinsicht als die Anerkennung der Notwendigkeit, sich behandeln zu lassen und Medikamente zu nehmen. Damit korrelieren Einsicht und Compliance, was durch Studien auch bestätigt wurde (Hayashi 1999).

In einer Stichprobe von Linden et al. (1988) ergaben sich mit abnehmendem Korrelationskoeffizienten signifikante Abhängigkeiten der Compliance vom Medikamentenvertrauen, Arztvertrauen, Schuld, Negativerwartung und Anfälligkeit.

Stimmung

Stimmungen und Emotionen werden von den meisten Psychologen voneinander unterschieden (z.B. Mayer 1985). Am häufigsten werden die vier Unterscheidungsmerkmale genannt:

Stimmungen oder Gefühlszustände

- treten sehr viel häufiger als Resultat alltäglicher Ereignisse auf,
- dauern länger an,
- sind in den meisten Fällen weniger intensiv und
- sind in Bezug auf resultierende Effekte und Indikatoren globaler als Emotionen (vgl. z.B. Isen 1984, zitiert aus Hahn 1990).

Die vier Unterscheidungsmerkmale implizieren, dass Stimmungen nie die gesamte Aufmerksamkeit der Person in Anspruch nehmen, obwohl sie Denken und Verhalten beeinflussen. Stimmungszustände unterbrechen im Gegensatz zu starken Emotionen keine kognitiven Prozesse oder Verhaltenssequenzen (Simon 1982, Lantermann 1983), sondern bilden einen neuen kognitiven Kontext (Isen 1984).

Aus Theorien der sozialen Informationsverarbeitung können Annahmen darüber abgeleitet werden, unter welchen Bedingungen kognitive Prozesse der Urteilsbildung über Produkte von Stimmungszuständen beeinflusst werden. In der Konsumentenforschung geht man häufig davon aus, dass Stimmungen nur dann zu einer stimmungskongruenten Bewertung von Produkten führen, wenn diese unter geringem Involvement ausgeführt werden. Dagegen lassen Kaufentscheidungen, die mit einem hohen Involvement verbunden sind, keinen Einfluss der aktuellen Stimmung auf die Produktwahl zu, da der Konsument mehr Augenmerk auf die objektive Verarbeitung der produktbezogenen Informationen legt (Meffert 1992). In der Regel sind medizinische Fragen mit einem hohen Involvement verbunden und daher sollte die Patientenzufriedenheit weitgehend unabhängig von der momentanen Stimmung sein.

In einer Studie von Aktison und Caldwell (1997) bei Patienten einer „mood-disorder-clinic“ zeigte sich, dass die Stimmung einen Einfluss auf die Einschätzung der Lebensqualität, aber nicht auf die Einschätzung spezieller Aspekte der Behandlung hat.

2 Fragestellung

Ziel dieser Studie ist es, den Münchner Fragebogen zur Behandlungsbewertung (MFBB – 24, Möller – Leimkühler et al. 2002a) anhand eines Vergleichs der Patientenzufriedenheit in zwei psychiatrischen Kliniken weiter zu validieren. Es handelt sich um zwei sehr unterschiedliche Kliniken: die private Fachklinik Hofheim und die Psychiatrische Klinik der LMU.

3 Methodik und Stichproben

3.1 Münchner Fragebogen zur Behandlungsbewertung (MFBB – 24)

Der Fragebogen entstand auf der Basis empirischer und theoretischer Studien zur Patientenzufriedenheit, wobei insbesondere die von psychiatrischen Patienten selbst als wichtig empfundenen Aspekte Berücksichtigung fanden, und wurde nach den

Kriterien der Fragebogenkonstruktion entwickelt (ausgewogenes Verhältnis von Negativ – und Positivformulierungen, randomisierte Platzierung der Items). Die Items wurden als Aussagen formuliert, denen der Patient auf einer 5 – stufigen Antwortskala zustimmen sollte (stimme voll zu, überwiegend zu, bin unentschieden, stimme eher nicht zu, stimme gar nicht zu). Ursprünglich wurden 133 Items verschiedenen Bereichen zugeordnet: Station, Ärzte, nichtärztliches Personal, Medikamente, Information/ Kommunikation, Autonomie, therapeutische Angebote, zusammenfassende Beurteilungen. Diese Items wurden mit Ärzten und Pflegepersonal diskutiert und auf dieser Basis modifiziert. Nach einer Pilotphase auf zwei geschlossenen Stationen mit 30 Patienten erfolgte eine Kürzung auf 99 Items. Die Reduzierung beschränkte sich auf Items mit ähnlichen Inhalt, so dass alle Domänen repräsentiert blieben.

Die 99 – Items – Version wurde von Patienten der Psychiatrischen Klinik der Heinrich – Heine – Universität ausgefüllt. 85 Patienten erfüllten die kontrollierten Ein – und Ausschlusskriterien und wurden in die Studie einbezogen. Eine Itemanalyse, die die unbeantworteten Items, den Schwierigkeitsgrad und die Gesamtkorrelation berücksichtigte, führte zu einer weiteren Kürzung auf 72 Items. 66 dieser Items beziehen sich auf die Bewertung einzelner Behandlungsaspekte und 6 Items beziehen sich auf die Beurteilung der gesamten Behandlung.

Die zweite Befragung (n=91) fand an einem Stichtag im August 1999 statt (Möller – Leimkühler, Dunkel, Müller 2002 b).

Der mögliche Einfluss von Moderatorvariablen wie soziodemographische und klinische Merkmale der Patienten wurde überprüft: es zeigten sich keine signifikanten Korrelationen zwischen Patientenzufriedenheit und Geschlecht, Alter, Bildungsgrad, Diagnose, Psychopathologie und Anzahl der Hospitalisierungen.

Von den 72 Items des Fragebogens wurden die 66 Items, die sich auf die Bewertung der einzelnen Behandlungsaspekte beziehen, selektiert und interkorreliert. Die restlichen 6 Items, die sich auf die Bewertung der Behandlung als Ganzes beziehen, wurden ausgeschlossen, um direkte Fragen zur globalen Zufriedenheit zu vermeiden. Anschließend wurden nur die Items beibehalten, die einen Korrelationskoeffizienten von $r > 0,50$ mit dem Gesamtscore aufwiesen, so dass die Anzahl der Items von 66 auf 24 reduziert werden konnte.

Die Konstruktvalidität der 24 – Items – Version wurde anhand einer Faktorenanalyse überprüft, die interne Konsistenz lag bei 0,92 (Cronbach´s Alpha). Der Gesamtscore

des MFBB – 24 weist mit dem Gesamtscore der 6 ausgeschlossenen Global – Items eine signifikante Korrelation von $r=0,71$ ($p=0,001$) auf. Die konvergente Validität mit dem häufig eingesetzten ZUF 3, einer Kurzversion des Client Satisfaction Questionnaire von Attkinson und Zwick (1982) lag bei $r=0,65$ ($p=0,001$) (Möller – Leimkühler et al 2002 a).

Nach Möller – Leimkühler hat der MFBB – 24 folgende Vorteile:

- Im Gegensatz zu sehr kurzen Instrumenten (wie z.B. dem ZUF3) wird die allgemeine Behandlungszufriedenheit nicht direkt, sondern indirekt abgefragt, dadurch erhöht sich die Reliabilität
- Die 24 Items enthalten alle Behandlungsaspekte, die aus der Perspektive des Patienten wichtig für seine Zufriedenheit sind.
- Die Bewertung einzelner Behandlungsaspekte erlaubt die Identifizierung von Unzufriedenheit, was mit wenigen Globalitems nicht möglich ist.
- Der Gesamtscore des MFBB – 24 als Maß für die allgemeine Behandlungszufriedenheit ist transparent als ein Instrument mit nur wenigen Globalitems.

3.2 Fachklinik Hofheim

Die Fachklinik Hofheim gehört zu den Kliniken des Main – Taunus – Kreises GmbH und ist Akademisches Lehrkrankenhaus der Johann Wolfgang – Goethe – Universität Frankfurt am Main.

Unter der medizinischen Leitung von Prof. Dr. Stephan Volk werden Patienten mit psychiatrischen, psychosomatischen und neurologischen Erkrankungen behandelt. Die Fachklinik besitzt 40 Betten und im Jahr werden durchschnittlich 249 Patienten stationär und 485 Patienten ambulant behandelt. Vom 16. Lebensjahr an können Patienten in der Klinik behandelt werden. Nicht aufgenommen werden können erheblich aggressive psychotische bzw. intravenös – drogenabhängige Patienten sowie solche, die permanent auf einen Rollstuhl angewiesen sind. Durch die benachbarte Lage des Krankenhauses Hofheim und der engen Zusammenarbeit können alle organmedizinischen Erkrankungen mitbehandelt werden. Dadurch ist ein medizinischer Fullservice in der Fachklinik Hofheim gewährleistet. Die Klinik verfolgt ein individuelles, mit dem einzelnen Patienten abgestimmtes Therapiekonzept, dass

das gesamte Spektrum anerkannter psychotherapeutischer und aktueller pharmakologischer Behandlungsmethoden umfasst:

- Analytisch orientierte Einzel – und Gruppenpsychotherapie
- Konfliktzentrierte Psychotherapie (Fokalthherapie)
- Kognitiv – verhaltenstherapeutisch orientierte Psychotherapie
- Tiefenpsychologisch orientierte Gruppengestaltungstherapie
- Familienberatung und Angehörigenberatung
- Kognitives Training und Psychoedukativ – Programme
- Psychopharmakologische Behandlung psychischer Störungen
- Medikamentöse Ein – und Umstellung bei neurologischen Erkrankungen und chronischen Schmerzsyndromen
- Schlafmedizin

3.3 Durchführung der Befragung

Die Befragung wurde von Januar 2003 bis Juni 2003 an Patienten, die sich in stationärer Behandlung in der Fachklinik Hofheim befanden, von Mitarbeiter dieser Klinik durchgeführt. In diesem Zeitraum wurden insgesamt 169 Patienten entlassen, vollständig ausgefüllte Fragebögen liegen von 92 Patienten vor. Die Befragung wurde bei der Entlassung der Patienten durchgeführt. Da die Befragung anonym stattfand und keine zusätzlichen soziodemographischen und klinischen Daten erhoben wurden, muss die Frage nach möglichen Selektionseffekten offen bleiben.

Das Klientel ist besonders homogen, es handelt sich fast ausschließlich um depressive Störungen der unterschiedlichen ICD 10 – Ziffern von der ersten Episode mittel – bis schwer bis auf rezidivierende depressiven Zuständen, 90 % der Patienten sind weiblich. Den Patienten wurde unbedingte Vertraulichkeit sowie die Auswertung ihrer Daten unter Wahrnehmung des Datenschutzes zugesichert.

3.4 Patientenstichprobe der Psychiatrischen Klinik der LMU München

Für den Vergleich der beiden Kliniken wurde auf die bereits erwähnte Patientenbefragung an der Psychiatrischen Klinik der LMU zurückgegriffen, die von Dezember 1998 bis Mai 1999 durchgeführt wurde. Während dieser Zeit wurden 793 Patienten stationär behandelt, jedoch konnten nur 161 Fragebögen ausgewertet werden. Diese geringe Rücklaufquote war dadurch bedingt, dass die Fragebögen vom Pflegepersonal kurz vor Entlassung der Patienten an diese ausgehändigt wurden, was häufig – wegen fehlender routinemäßiger Überprüfung – vergessen wurde. Um die Repräsentativität der so erhaltenen Daten zu überprüfen, wurden Responder und Non – responder hinsichtlich soziodemographischer und klinischer Variablen miteinander verglichen. Da sich keine signifikanten Unterschiede zeigten, kann diese Stichprobe als repräsentativ für die Psychiatrische Klinik der LMU München gelten.

3.5 Statistische Auswertung

Die Datenauswertung erfolgte mit SPSS 13.0. Zunächst wurden im Rahmen der deskriptiven statistischen Auswertung die Häufigkeitsverteilungen für die Stichprobe Hofheim, die Stichprobe München und eine Teilstichprobe von letzterer, welche nach depressiven Patienten selektiert wurde, in Form von Balkendiagrammen erstellt. Weiter wurden die Antworten tabellarisch dargestellt, wobei die arithmetischen Mittelwerte, die relativen Häufigkeiten der negativen und unentschiedenen Antworten sowie der Anteil der fehlenden Daten ermittelt wurden. Um induktive Schlussfolgerungen aus den Daten ziehen zu können, wurden zwei verschiedene Verfahren angewandt. Einerseits wurde der Zusammenhang zwischen den ordinal skalierten Daten untersucht, indem eine Korrelationsmatrix nach Pearson berechnet wurde. Zusätzlich wurden Mittelwertsunterschiede zwischen den drei Gruppen mit Hilfe von t-Tests verglichen, nachdem die Varianzhomogenität mit Hilfe eines Levene-Tests überprüft worden war. Auf eine one-way-ANOVA als a-priori-Test sowie auf eine multiple Regressionsanalyse musste verzichtet werden, da keine stetigen, d.h. intervallskalierten, abhängigen Variablen vorlagen, was für beide Verfahren Voraussetzung ist.

4 Ergebnisse

Es lagen insgesamt 92 Fragebögen aus Hofheim und 161 aus München vor; von diesen 161 Münchner Fragebögen stammten 60 von depressiven Patienten. Zunächst werden nur die Ergebnisse aus der Fachklinik Hofheim dargestellt. In den darauf folgenden Abschnitten werden diese mit den Ergebnissen aus München sowie mit der Teilstichprobe der depressiven Münchner Patienten verglichen. Dabei interessieren sowohl die Bewertungen einzelner Behandlungsaspekte als auch die Frage, ob sich die Gesamtzufriedenheit von den Hofheimer Patienten von derjenigen der Münchner signifikant unterscheidet und wo ggf. die Quellen solcher Unterschiede in der Zufriedenheit liegen.

4.1 Fachklinik Hofheim

4.1.1 Häufigkeitsverteilungen der Bewertung spezieller Behandlungsaspekte

Bei der Beantwortung der Mehrzahl der Fragen zeigte sich eine positive Bewertung der Behandlung. Allerdings gibt es einige Items, deren Bewertungen zumindest relativ zur Mehrheit der abgefragten Items weniger positiv ausfallen. Tabelle 1 zeigt die Mittelwerte und die Anteile negativ bewerteter Antworten bzw. unentschlossener Befragter sowie den Anteil fehlender Werte. Fragen, deren Bejahung auf eine Unzufriedenheit schließen lässt, wurden in die entsprechende negativ formulierte Frage umcodiert. Geordnet ist die Tabelle entsprechend der Reihenfolge im Münchener Fragebogen zur Behandlungsbewertung (MFBB – 24).

Tabelle 1: Bewertung spezieller Aspekte der Behandlung in Hofheim (1 = die Aussage trifft voll zu, 2 = die Aussage trifft eher zu, 3 = unentschieden, 4 = die Aussage trifft eher nicht zu, 5 = die Aussage trifft gar nicht zu; zur besseren Vergleichbarkeit wurden mit einem * markierte, negativ formulierte Items umcodiert, so dass wachsende Unzufriedenheit durch höhere Werte gekennzeichnet ist)

Spezieller Behandlungsaspekt	Mittelwert	% negativ bewertet	% unentschieden	% fehlende Antwort
Arztgespräch über Erkrankung	1,42	0,0	5,4	0,0
Ärzte interessiert	1,43	1,1	5,4	0,0
Kritik an Ärzten*	1,66	5,4	7,6	6,5
Entscheidung über Behandlung	1,65	4,4	10,9	3,3
Ärzte gut ausgebildet	1,52	2,2	7,6	3,3
Ärzte zu wenig Zeit*	2,03	14,1	6,5	6,5
Fragen nach Visite*	1,84	5,4	7,6	14,1
Verhältnis Ärzte/Patienten gut	1,58	3,3	7,6	1,1
Von Ärzten verstanden	1,63	6,5	6,5	1,1
Ärzte tun nur das Nötigste*	1,92	12,0	8,7	7,6
Medikamente helfen	2,08	10,9	14,1	13,0
Medikamentendosierung ok	1,95	6,5	20,7	12,0
Genug Einzelgespräche	1,86	13,1	4,3	2,2
Visite über Patienten gesprochen*	1,93	7,6	13,0	20,7
Beschwerden über Ärzte*	2,26	9,8	25,0	5,4
Zusammenarbeit Mitarbeiter	1,83	7,6	8,7	8,7
Mit Schwestern unzufrieden*	1,63	5,4	9,8	5,4
Schwester verfügbar	1,57	6,5	6,5	3,3
Erklärungen Schwestern schlecht verständlich*	1,69	6,5	5,4	7,6
Verhältnis Pfleger/Patienten gut	1,71	5,4	9,8	1,1
Pflegekräfte tun nur Nötigste*	2,04	12,0	10,9	7,6
Vom Personal verstanden	1,62	5,4	10,9	1,1
Pflegepersonal bleibt ruhig	1,66	2,2	12,0	2,2
Soziale Probleme alleine*	1,86	6,5	16,3	7,6

Auffällig ist, dass in keinem einzigen Behandlungsaspekt von einer größeren Gruppe Patienten (ab 20%) negative Erfahrungen gemacht wurden. Nur in wenigen Bereichen wurde von mehr als 10% der Patienten Unzufriedenheit geäußert:

- Oft haben die Ärzte zu wenig Zeit, um auf meine Sorgen und Wünsche einzugehen
- Die Ärzte tun nur das Nötigste.
- Die Medikamente helfen mir, mich gesünder zu fühlen.
- Es werden genug Einzelgespräche angeboten.

- Die Pflegekräfte tun nur das Nötigste.

Unzufriedenheiten treten somit bei vier von fünf beanstandeten Items mit dem Umfang der Zuwendung durch Ärzte und Pflegepersonal auf. Der letzte Kritikpunkt bezieht sich auf die Wirkung der Medikamente.

Weiter fällt auf, dass eine Reihe von Items durch einen hohen Anteil an fehlenden Beurteilungen (>10%) und/oder einen hohen Anteil an Unentschlossenen (>10%) gekennzeichnet sind. Items, bei denen beide Male die 10%-Schranke oder einmal die 20%-Schranke überschritten wird, sind fett markiert:

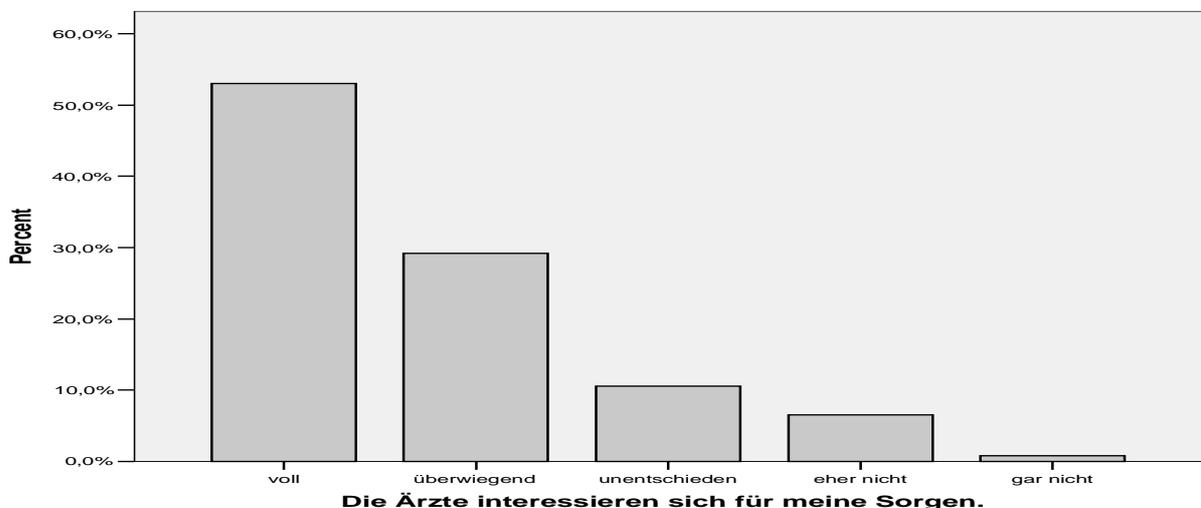
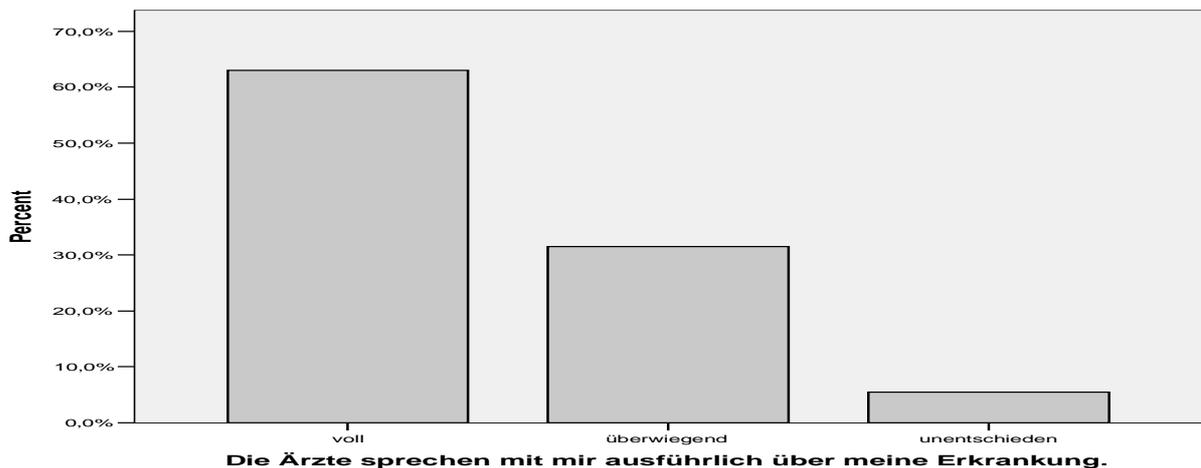
- Ich werde soweit wie möglich vom Arzt in die Entscheidungen über meine Behandlung mit einbezogen.
- Ich habe nach der Visite oft noch Fragen.
- **Die Medikamente helfen mir, mich gesünder zu fühlen.**
- **Die Dosierung meiner Medikamente ist genau richtig.**
- **Bei der Visite wird mehr über die Patienten gesprochen als mit ihnen.**
- **Es kommt öfter vor, dass sich Patienten über Ärzte beschweren.**
- Die Pflegekräfte tun nur das Nötigste.
- Ich fühle mich vom Pflegepersonal verstanden.
- Schwestern und Pfleger bleiben auch in kritischen Situationen ruhig.
- Mit meinen sozialen Problemen stehe ich alleine da.

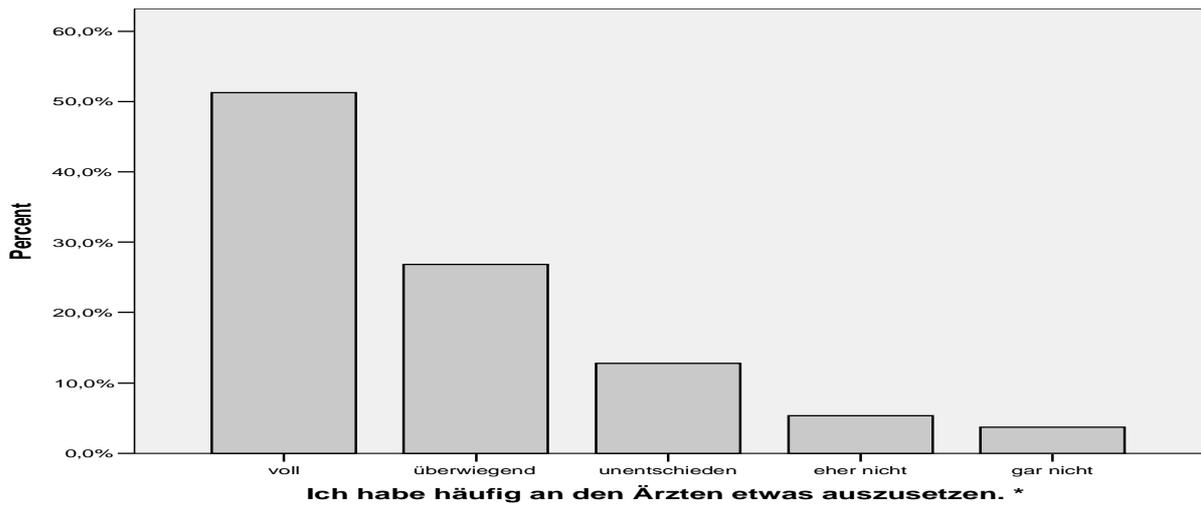
20,7% haben die Frage „Bei der Visite wird mehr über die Patienten gesprochen als mit ihnen“ nicht beantwortet; somit sind bei diesem Thema nur knapp 60% der Befragten zufrieden. Auch nur knapp 60% sind der Meinung, dass es nicht öfter vorkommt, dass sich Patienten über Ärzte beschweren, da 30,4% unentschlossen sind oder die Frage nicht beantwortet haben.

Offensichtlich wird auch die Psychopharmakotherapie sehr ambivalent gesehen: Zwar verneinen nur 10,9% der Befragten, dass ihnen die

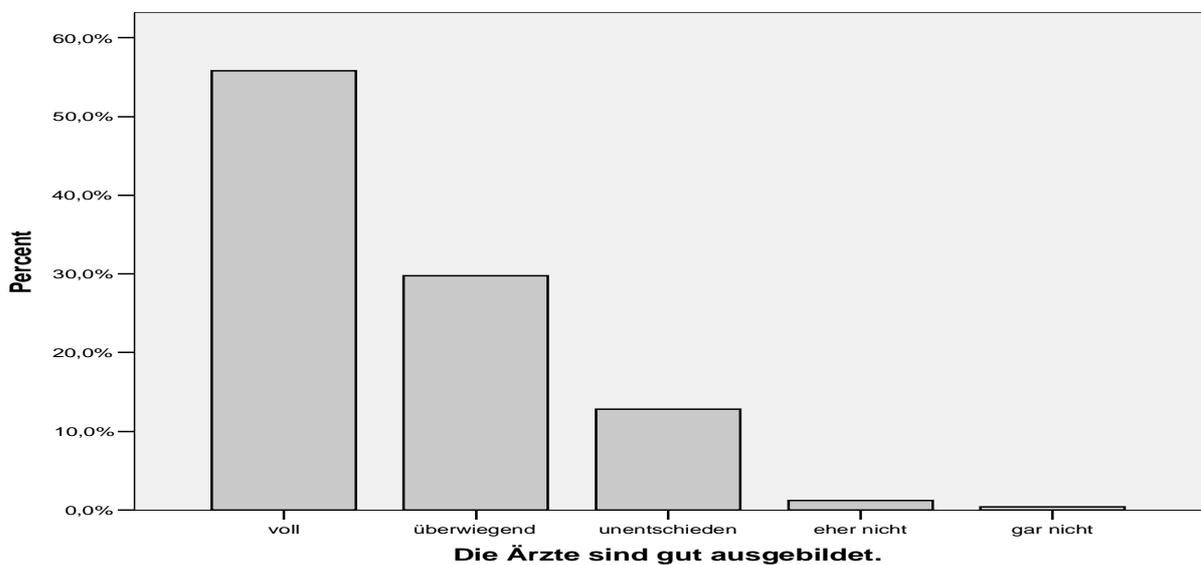
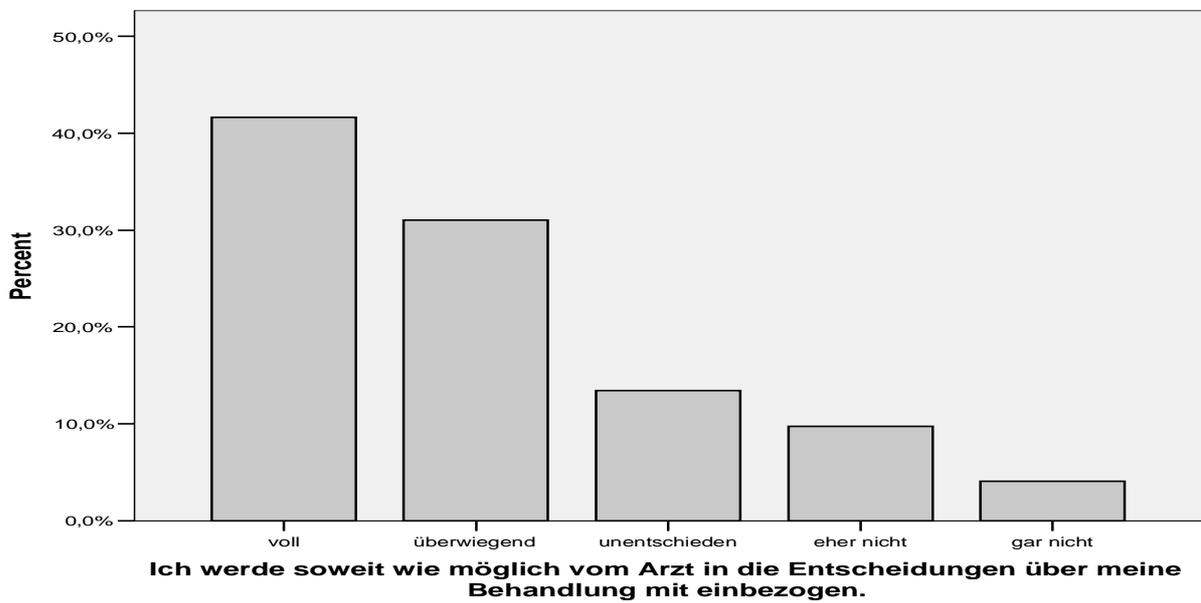
Medikamente helfen würden, doch wird diese Frage auch nur von 62% der Befragten bejaht. Auch was die Medikamentendosierung angeht, sind 20,7% der Befragten unentschlossen, und 12% beantworten die Frage gar nicht. Eine mögliche Erklärung ist, dass die Patienten hier zwar latent unzufrieden sind, ihrem eigenen Urteil jedoch weniger Glauben schenken könnten als einer Expertenmeinung (den Ärzten, die ihnen die Medikamente verordnet haben und die Dosis bestimmen).

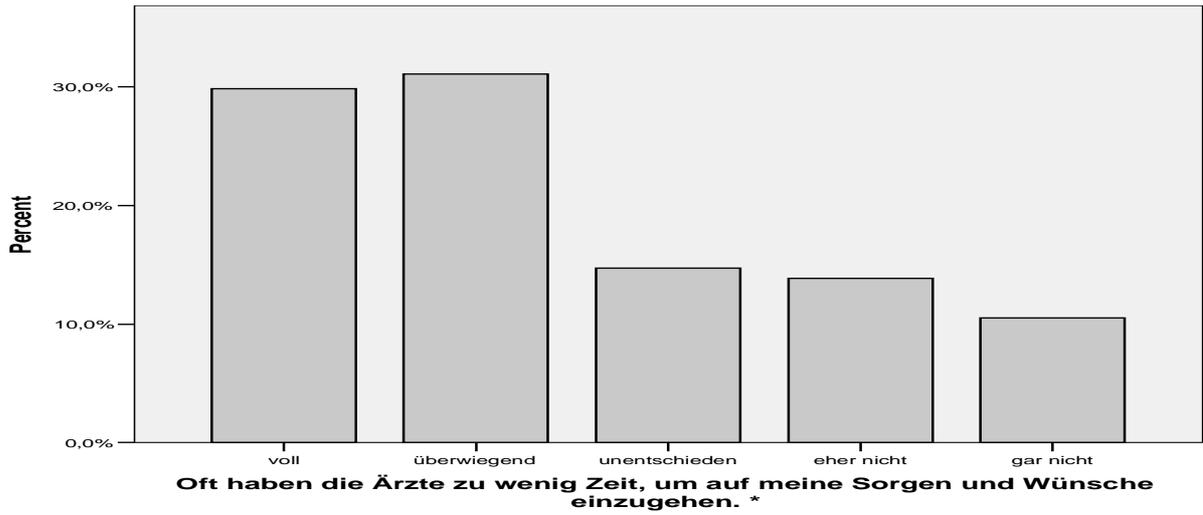
In den folgenden Grafiken sind nochmals die einzelnen Antworthäufigkeiten dargestellt, wobei sich die Prozentangaben der Skala auf gültige Prozente beziehen, d.h. der Anteil vollständig ausgefüllter Fragebögen wurde als 100% gewichtet.



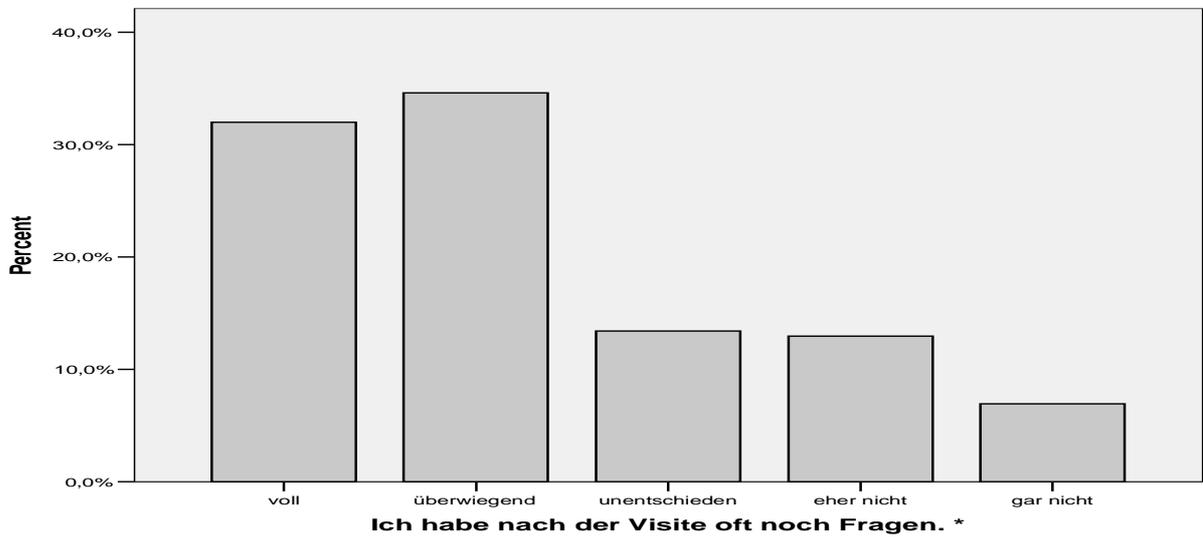


* Frage umkodiert

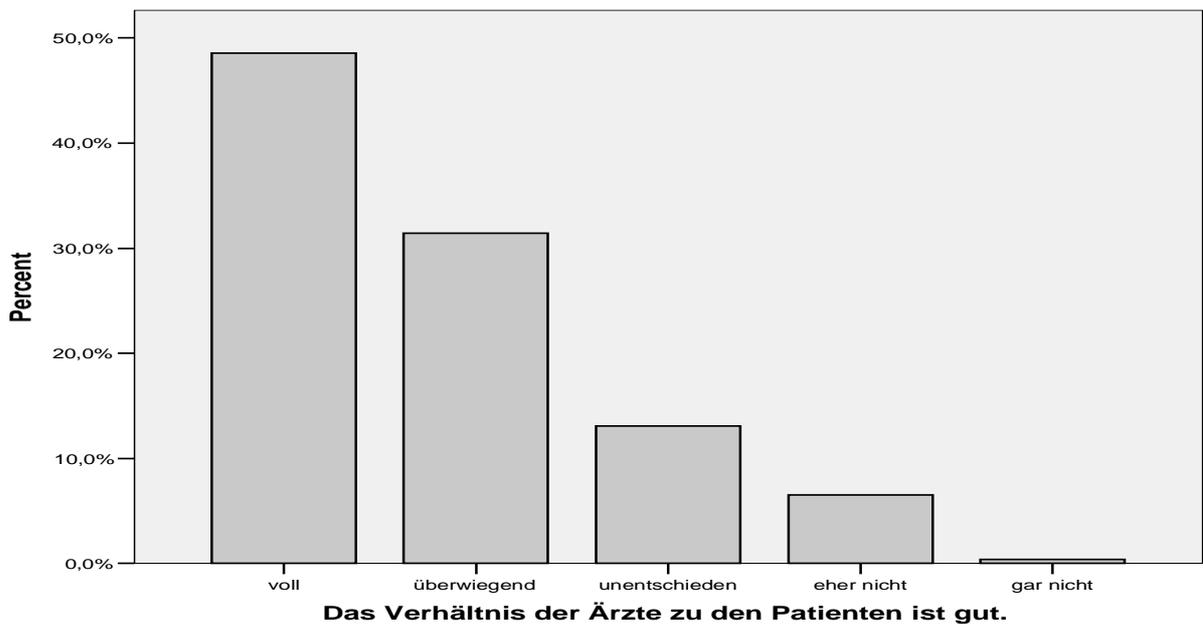


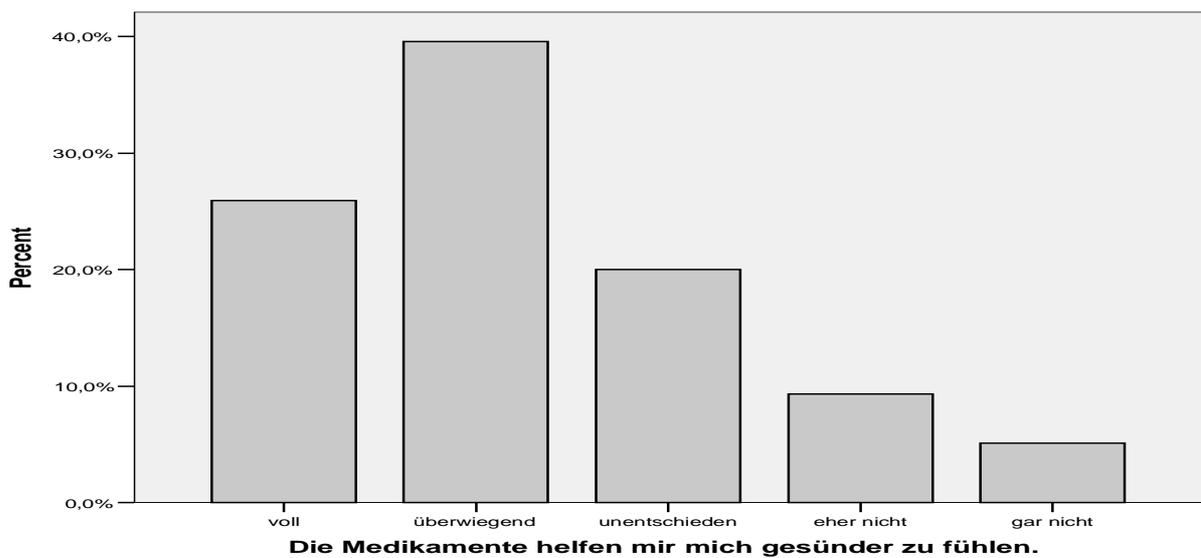
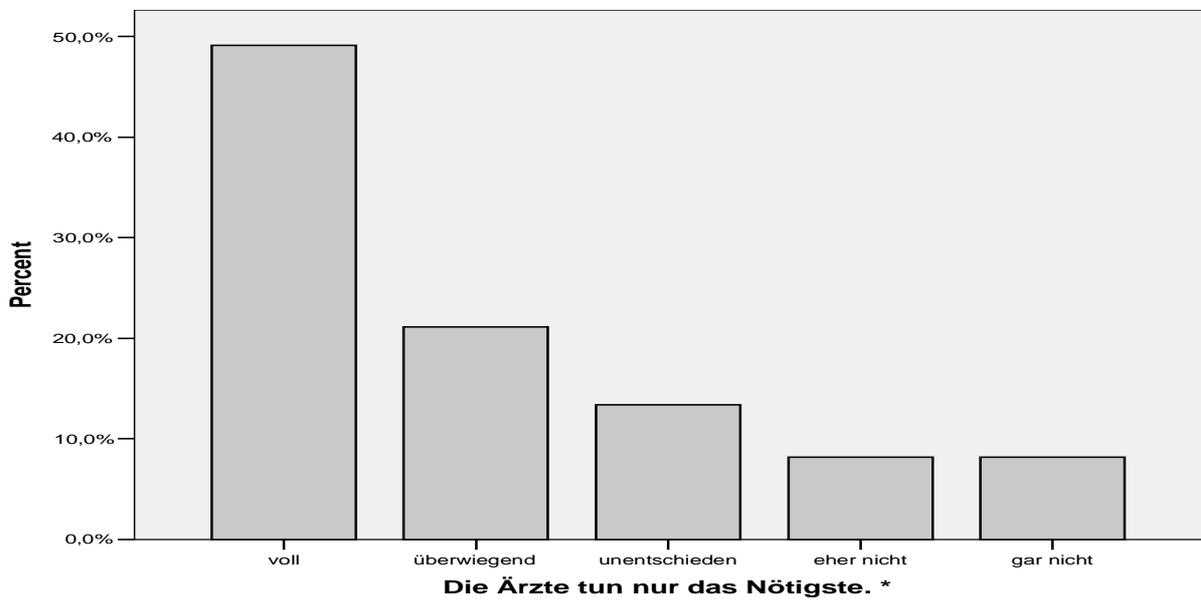
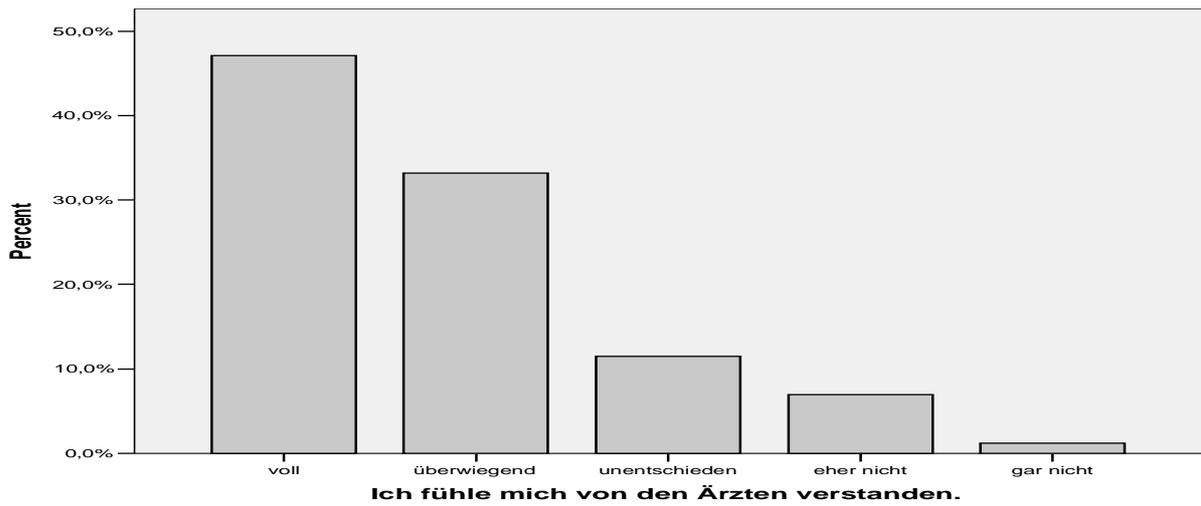


* Frage umkodiert

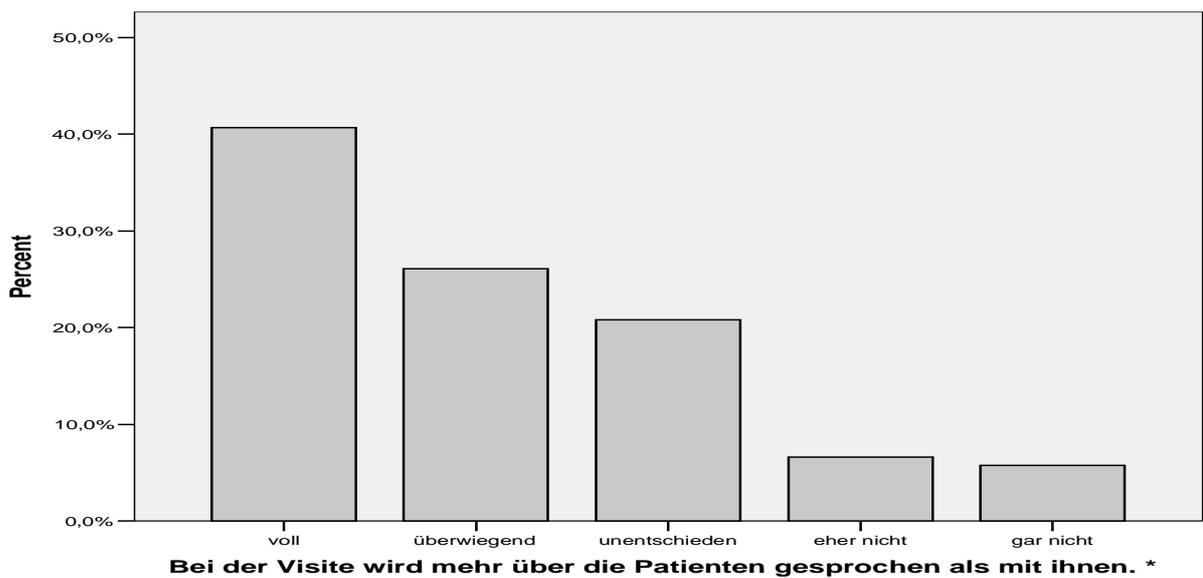
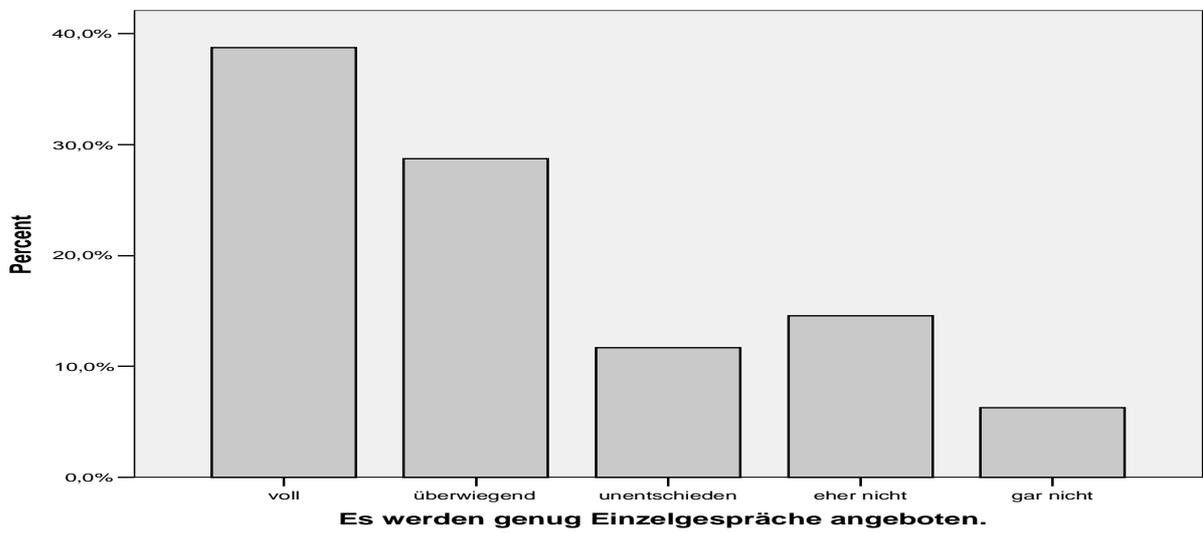
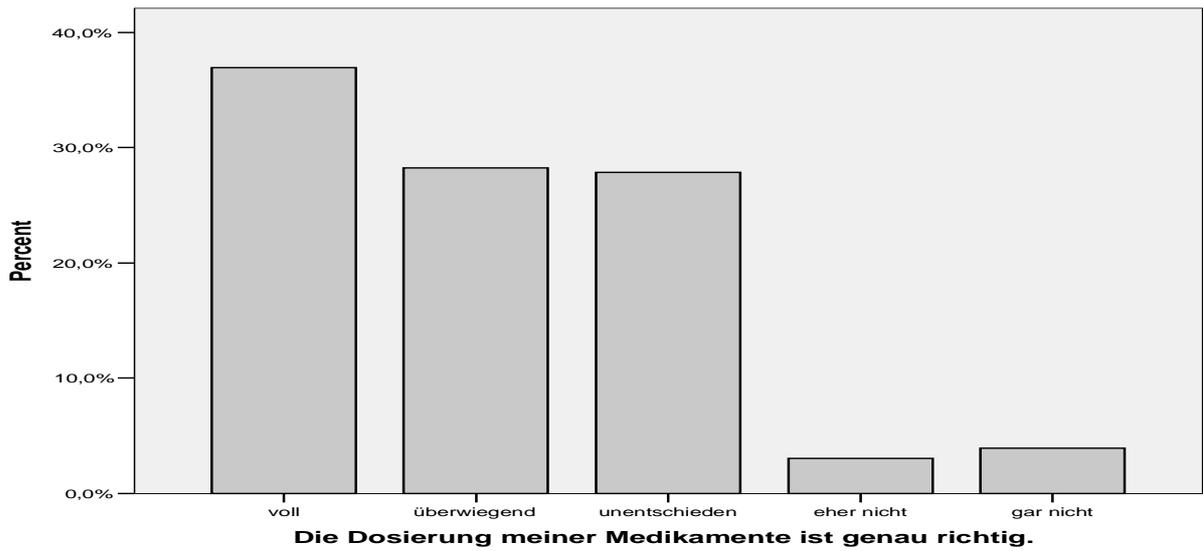


* Frage umkodiert

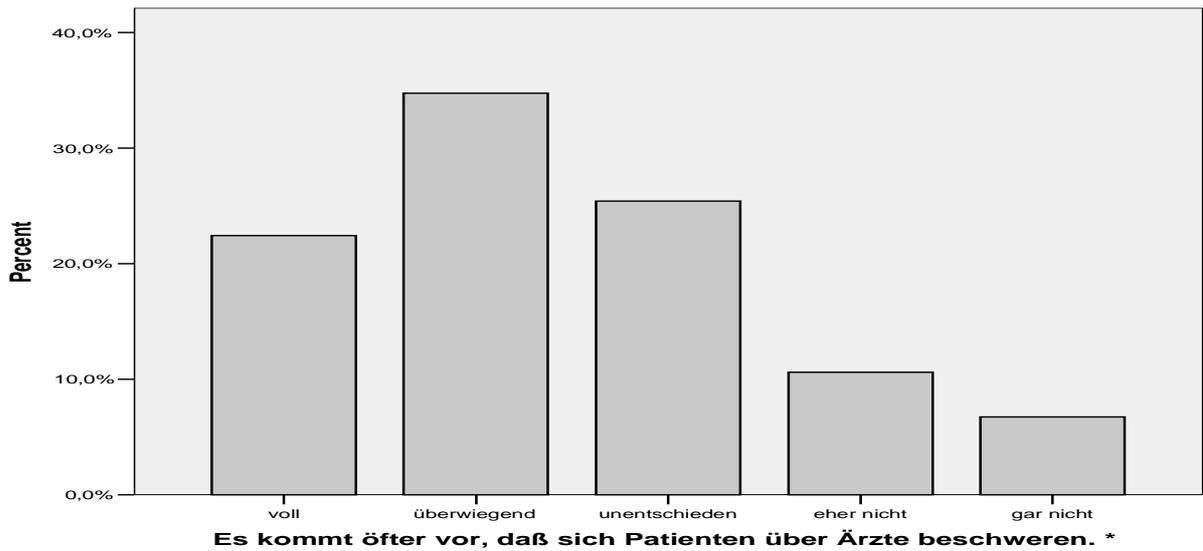




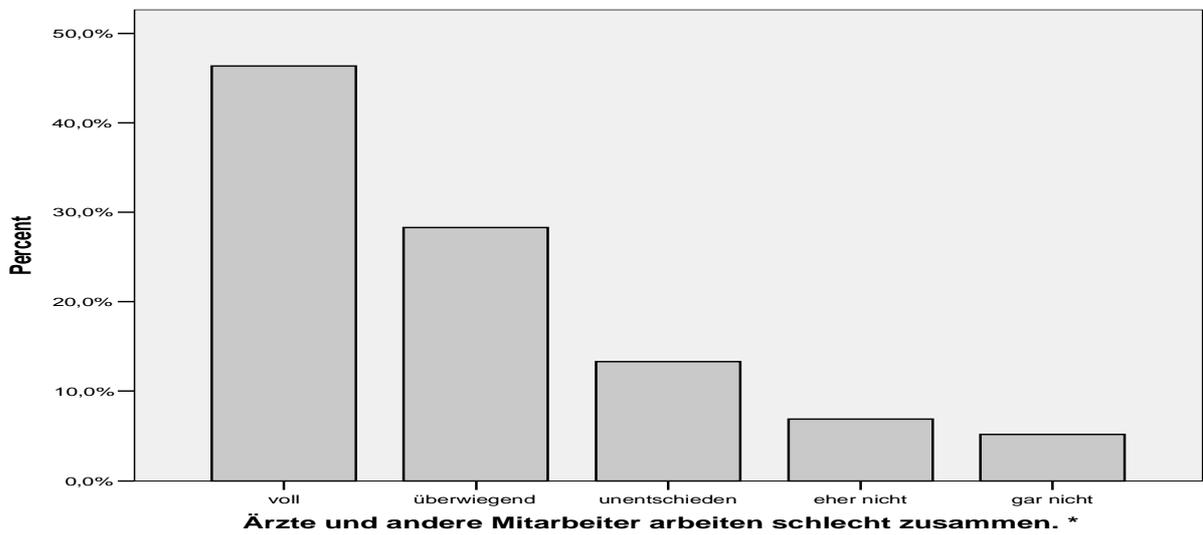
* Frage umkodiert



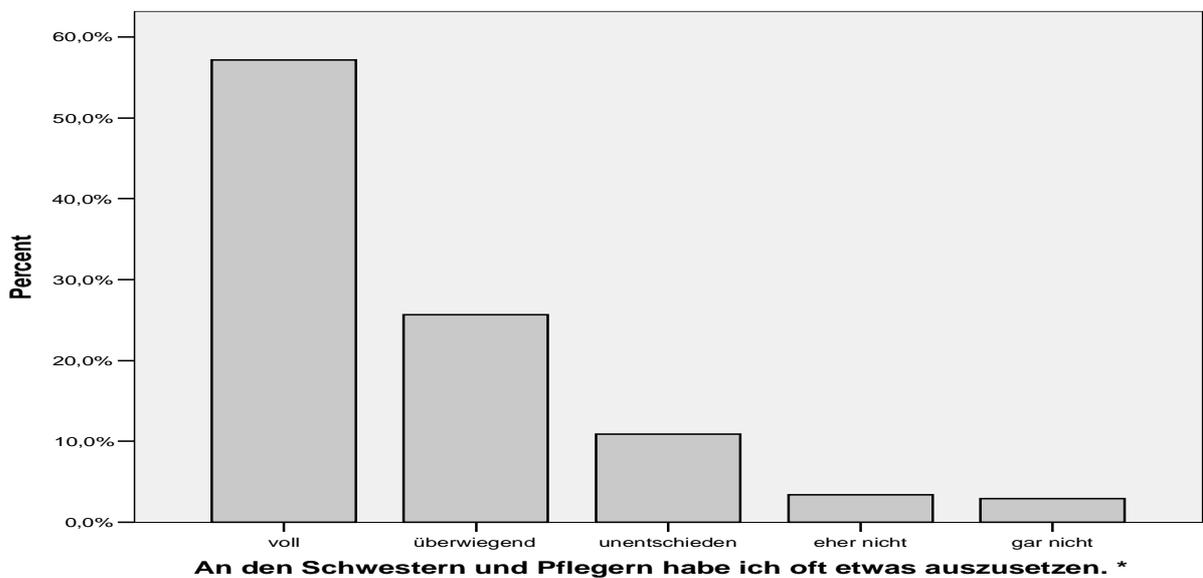
* Frage umkodiert



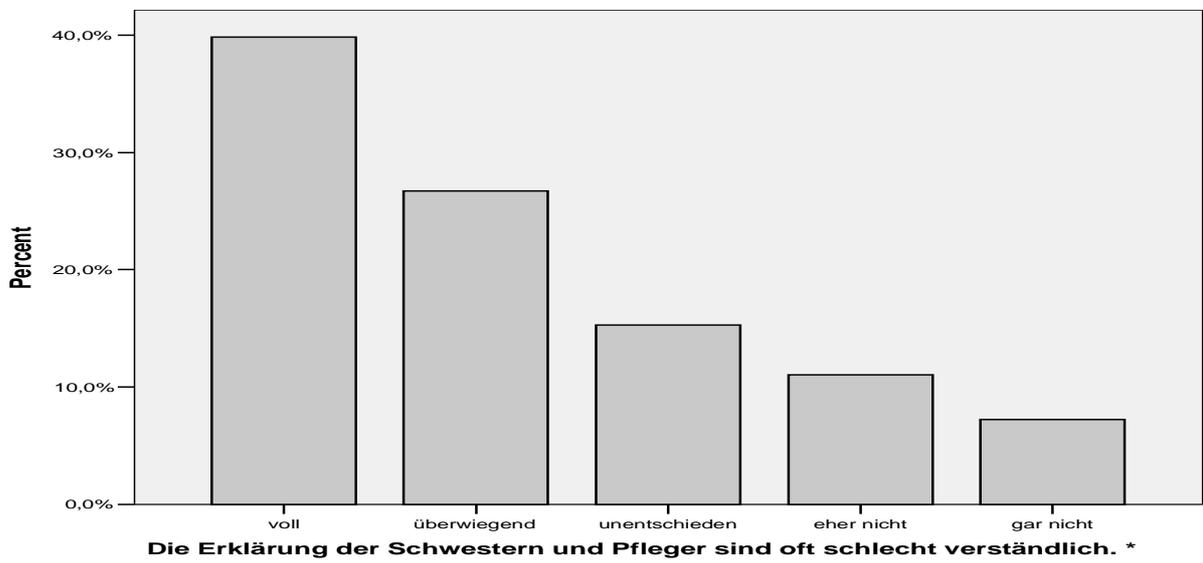
* Frage umkodiert



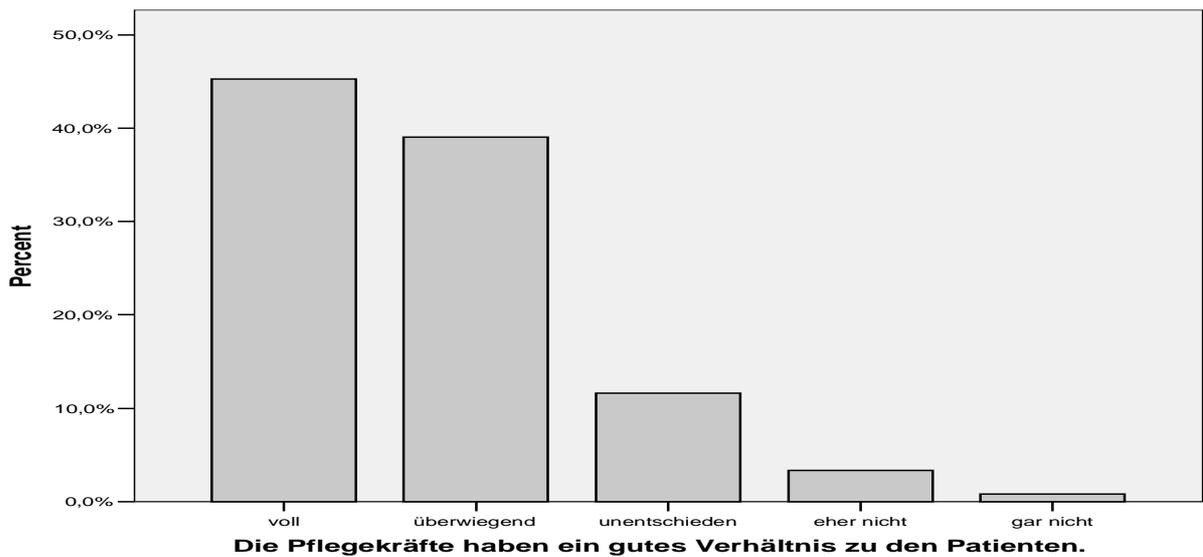
* Frage umkodiert

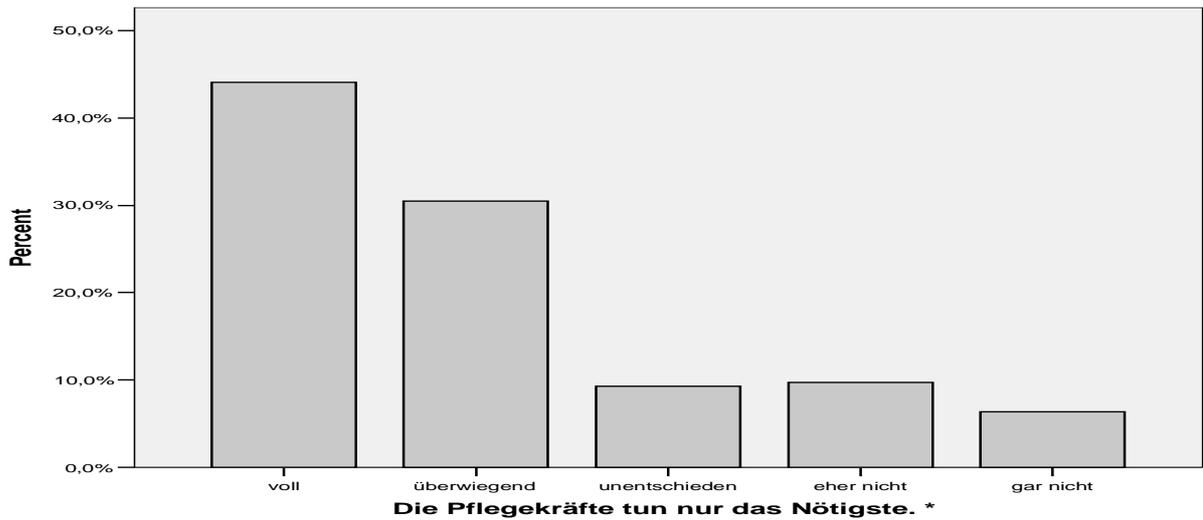


* Frage umkodiert

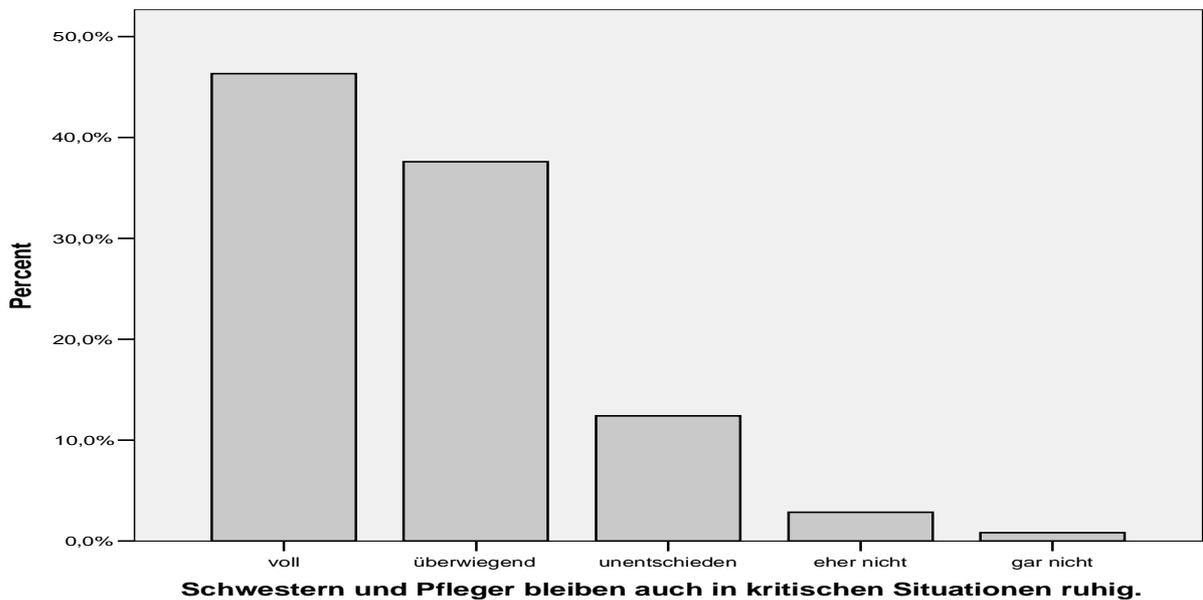
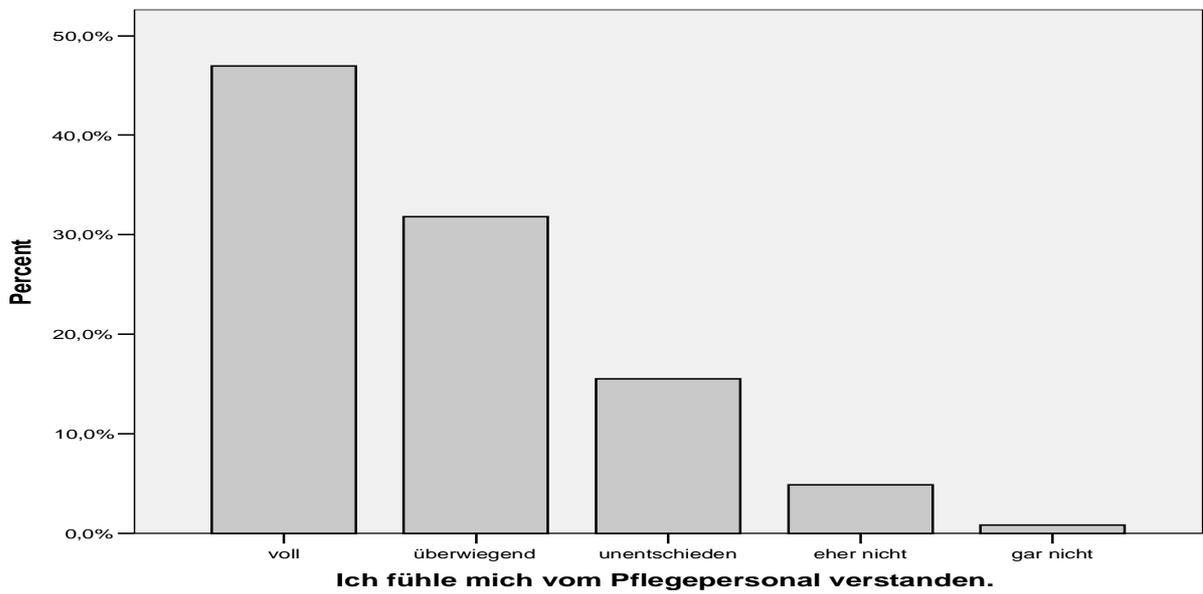


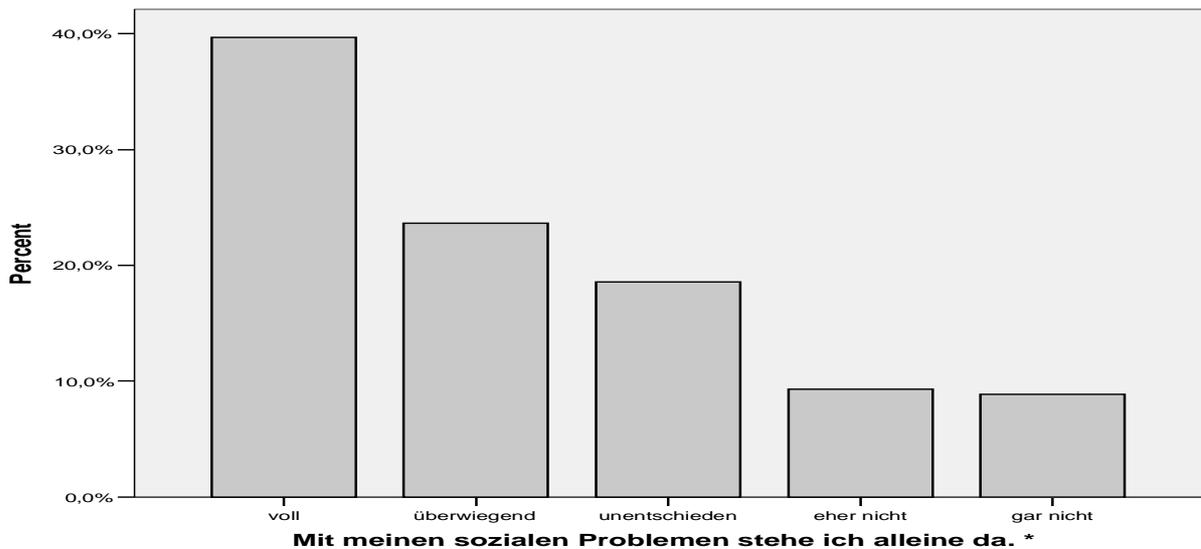
* Frage umkodiert





* Frage umkodiert





* Frage umkodiert

In allen Grafiken ist deutlich zu erkennen, dass die überwiegende Mehrheit der Befragten überwiegende bis volle Zufriedenheit äußert. Fast immer ist die Kategorie „trifft voll zu“ am stärksten besetzt; nur bei drei Items liegt sie auf Rang 2 hinter der Kategorie „trifft überwiegend zu“, nämlich bei

- Oft haben die Ärzte zu wenig Zeit, um auf meine Sorgen und Wünsche einzugehen.
- Ich habe nach der Visite oft noch Fragen.
- Die Medikamente helfen mir, mich gesünder zu fühlen.
- Es kommt öfter vor, dass sich Patienten über Ärzte beschweren.

Die Häufigkeitsverteilungen sind unimodal bis auf zwei Items:

- Es werden genug Einzelgespräche angeboten.
- Die Pflegekräfte tun nur das Nötigste.

Bei diesen beiden Items gibt es einen zweiten, deutlich kleineren Gipfel in der Kategorie „trifft eher nicht zu“. Beide Items waren schon zuvor durch einen verhältnismäßig hohen Anteil an negativen Antworten bzw. fehlenden Werten aufgefallen. Während beim letztgenannten Item der Gipfel so klein ist, dass es sich wohl um einen zufälligen Ausreißer handeln dürfte, so gibt die Bimodalität der Häufigkeitsverteilung des erstgenannten Items einen weiteren

Hinweis darauf, dass die Anzahl der Einzelgespräche für einen größeren Teil der Patienten in Hofheim einen deutlichen Kritikpunkt darstellt.

4.1.2 Korrelationen der Bewertung spezieller Behandlungsaspekte mit der Gesamtzufriedenheit

Betrachtet man die Korrelationen der 24 Items mit dem Summenscore als Maß für die Gesamtzufriedenheit, so wird man a priori hohe Korrelationen, d.h. $r > 0.50$, erwarten. Schließlich wurden die Items in der Itemanalyse, die in Abschnitt 3.3 beschrieben wurde, entsprechend selektiert.

Umso mehr überrascht das Ergebnis der Korrelationsanalyse der Befragung an der Fachklinik Hofheim in Tabelle 2.

Tabelle 2: Spearman-Rangkorrelationen der 24 Items mit dem Summenscore (Gesamtzufriedenheit) in Hofheim

* Signifikant bei einer Irrtumsmöglichkeit von 5%;

** Signifikant bei einer Irrtumsmöglichkeit von 1%;

N=47

Spezieller Behandlungsaspekt	Korrelation mit Gesamtzufriedenheit; Signifikanz
Die Ärzte sprechen mit mir ausführlich über meine Erkrankung.	0,459** 0,001
Die Ärzte interessieren sich für meine Sorgen.	0,497** 0,000
Ich habe häufig an den Ärzten etwas auszusetzen.	0,365* 0,012
Ich werde soweit wie möglich vom Arzt in die Entscheidungen über meine Behandlung mit einbezogen.	0,446** 0,002
Die Ärzte sind gut ausgebildet.	0,599** 0,000
Oft haben die Ärzte zu wenig Zeit, um auf meine Sorgen und	0,626**

Wünsche einzugehen.	0,000
Ich habe nach der Visite oft noch Fragen.	0,572**
	0,000
Das Verhältnis der Ärzte zu den Patienten ist gut.	0,444**
	0,002
Ich fühle mich von den Ärzten verstanden.	0,692**
	0,000
Die Ärzte tun nur das Nötigste.	0,664**
	0,000
Die Medikamente helfen mir, mich gesünder zu fühlen.	0,534**
	0,000
Die Dosierung meiner Medikamente ist genau richtig.	0,587**
	0,000
Es werden genug Einzelgespräche angeboten.	0,462**
	0,001
Bei der Visite wird mehr über die Patienten gesprochen als mit ihnen.	0,476**
	0,001
Es kommt öfter vor, dass sich Patienten über Ärzte beschweren.	0,396**
	0,006
Ärzte und andere Mitarbeiter arbeiten schlecht zusammen.	0,471**
	0,001
An den Schwestern und Pflegern habe ich oft etwas auszusetzen.	0,480**
	0,001
Wenn man sie braucht, sind die Schwestern und Pfleger für einen da.	0,426**
	0,003
Die Erklärungen der Schwestern und Pfleger sind oft schlecht verständlich.	0,432**
	0,002
Die Pflegekräfte haben ein gutes Verhältnis zu den Patienten.	0,445**
	0,002
Die Pflegekräfte tun nur das Nötigste.	0,610**
	0,000
Ich fühle mich vom Pflegepersonal verstanden.	0,681**
	0,000
Schwestern und Pfleger bleiben auch in kritischen Situationen ruhig.	0,496**
	0,000
Mit meinen sozialen Problemen stehe ich alleine da.	0,679**
	0,000

Immerhin wird die Schranke der Mindestkorrelation von $r = 0,50$ in 14 von 24 Fällen unterschritten. Meist wird man diese „zu kleinen“ Korrelationen in

einem bereits auf Reliabilität geprüften Fragebogen aufgrund der geringen Stichprobengröße von $N= 47$ Befragten noch als zufällige Abweichungen von einer tatsächlich größeren Korrelation interpretieren können. In zwei Fällen wird die kritische Schranke jedoch sogar deutlich ($r < 0,40$) unterschritten:

- Ich habe häufig an den Ärzten etwas auszusetzen. (0,365)
- Es kommt öfter vor, dass sich Patienten über Ärzte beschweren. (0,396)

Diese relativ allgemein gehaltenen Fragen nach – eigener oder fremder – Kritik an den Ärzten würden in einer Reliabilitätsanalyse bei diesen schwachen Korrelationen wohl aus dem Fragebogen herausfallen. Sie scheinen speziell an der Fachklinik Hofheim einen relativ geringen Stellenwert bei der Einschätzung der allgemeinen Zufriedenheit einzunehmen. Das letztgenannte Item, welches sich auf die Kritik durch andere bezieht, ist dasjenige mit dem größten Anteil an unentschiedenen Antwortern. Möglicherweise spielt hier ähnlich wie in der Untersuchung von Dunkel (2001) eine Rolle, dass Befragte „nicht wissen können, wie andere denken“, bzw. dass die Einschätzung anderer – so sie überhaupt wahrgenommen wird – nur einen relativ geringen Einfluss auf das eigene Urteil hat.

Das erstgenannte Item – obgleich dessen Korrelation als einzige nur auf dem 5%-Niveau signifikant ist – zeigt in der deskriptiven Betrachtung im vorangegangenen Abschnitt keinerlei Auffälligkeiten. Möglicherweise ist die Patientenzufriedenheit in Hofheim insgesamt zu hoch, als dass ein Item, das doch eine weitgehend globale Unzufriedenheit widerspiegeln würde, genügend Trennschärfe besitzen würde.

Auffällig hohe Korrelationen ($r > 0,60$) finden sich bei den Items

- Oft haben die Ärzte zu wenig Zeit, um auf meine Sorgen und Wünsche einzugehen. (0,626)
- Ich fühle mich von den Ärzten verstanden. (0,692)
- Die Ärzte tun nur das Nötigste. (0,664)

- Die Pflegekräfte tun nur das Nötigste. (0,610)
- Ich fühle mich vom Pflegepersonal verstanden. (0,681)
- Mit meinen sozialen Problemen stehe ich alleine da. (0,679)

Dies deckt sich wiederum mit den Beobachtungen aus der deskriptiven Analyse im vorherigen Abschnitt: Von entscheidendem Einfluss auf die Zufriedenheit ist die Zuwendung, die Ärzte und Pflegepersonal über das medizinisch notwendige Maß hinaus den Patienten geben. Das Eingehen und Verständnis zeigen gegenüber Sorgen, Wünschen und sozialen Problemen trägt in hohem Maße dazu bei, wie zufrieden ein Befragter mit seinem Klinikaufenthalt ist.

4.2 Vergleich der Fachklinik Hofheim mit der Psychiatrischen Klinik der LMU München

Von Interesse ist in der vorliegenden Studie nicht nur die isolierte Betrachtung der Fachklinik Hofheim, sondern insbesondere auch der Vergleich mit der Zufriedenheit in anderen psychiatrischen Fachkliniken. Hier wurden die Daten von 161 Patienten der Psychiatrischen Klinik der LMU München zum Vergleich herangezogen.

4.2.1 Patientenzufriedenheit in München

Tabelle 3 zeigt analog zu Tabelle 1 die Bewertung spezieller Behandlungsaspekte in München.

Tabelle 3: Bewertung spezieller Aspekte der Behandlung in München (1 = die Aussage trifft voll zu, 2 = die Aussage trifft eher zu, 3 = unentschieden, 4 = die Aussage trifft eher nicht zu, 5 = die Aussage trifft gar nicht zu; zur besseren Vergleichbarkeit wurden mit einem * markierte, negativ formulierte Items umcodiert, so dass wachsende Unzufriedenheit durch höhere Werte gekennzeichnet ist)

Spezieller Behandlungsaspekt	Mittelwert	% negativ bewertet	% unentschieden	% fehlende Antwort

Arztgespräch über Erkrankung	1,91	12,4	11,2	3,1
Ärzte interessiert	1,90	10,6	13,0	3,7
Kritik an Ärzten*	1,93	10,6	14,9	3,1
Entscheidung über Behandlung	2,26	18,6	14,3	3,1
Ärzte gut ausgebildet	1,66	1,2	14,9	5,0
Ärzte zu wenig Zeit*	2,67	28,0	18,0	5,6
Fragen nach Visite*	2,51	25,5	14,9	5,6
Verhältnis Ärzte/Patienten gut	1,91	8,7	15,5	4,3
Von Ärzten verstanden	1,93	8,7	13,7	5,0
Ärzte tun nur das Nötigste*	2,13	15,8	14,3	8,7
Medikamente helfen	2,39	14,9	21,1	3,7
Medikamentendosierung ok	2,16	6,2	28,0	7,5
Genug Einzelgespräche	2,42	23,6	14,9	6,8
Visite über Patienten gesprochen*	2,19	13,1	21,7	5,0
Beschwerden über Ärzte*	2,55	19,9	23,0	7,5
Zusammenarbeit Mitarbeiter	2,03	13,1	14,3	7,5
Mit Schwestern unzufrieden*	1,73	6,2	10,6	6,2
Schwestern verfügbar	1,57	3,1	7,5	7,5
Erklärungen Schwestern schlecht verständlich*	2,47	23,0	19,3	6,2
Verhältnis Pfleger/Patienten gut	1,78	3,1	11,8	6,8
Pflegekräfte tun nur Nötigste*	2,04	16,7	7,5	6,2
Vom Personal verstanden	1,92	5,4	10,9	1,1
Pflegepersonal bleibt ruhig	1,80	5,4	17,4	4,3
Soziale Probleme alleine*	2,45	23,0	18,0	5,6

Hier ist bemerkenswert, dass nur in wenigen Behandlungsaspekten von einer größeren Gruppe Patienten (ab 20%) negative Erfahrungen gemacht wurden. Dabei handelt es sich um folgende Items:

- Oft haben die Ärzte zu wenig Zeit, um auf meine Sorgen und Wünsche einzugehen
- Ich habe nach der Visite oft noch Fragen.
- Es werden genug Einzelgespräche angeboten.
- Die Erklärungen der Schwestern und Pfleger sind oft schlecht verständlich.
- Mit meinen sozialen Problemen stehe ich alleine da.

Somit scheinen sich die Unzufriedenheiten hier auf das Thema „individuelles Eingehen auf den Patienten“ zu beschränken. Vermutlich lassen sich Fragen nach der Visite und schlechte Verständlichkeit von Erklärungen (auch) darauf zurückführen, dass Erklärungen zu wenig individualisiert sind. Eine möglicherweise als anonym empfundene mangelnde Individualität der Betreuung spiegelt sich dann in einem Gefühl des Alleingelassenseins mit Sorgen, Wünschen und sozialen Problemen wider.

Der Anteil der Antwortverweigerer ist durchgängig gering; der höchste Wert liegt bei 8,7% („Die Ärzte tun nur das Nötigste.“). Weiter fällt auf, dass eine Reihe von Items durch einen hohen Anteil an Unentschlossenen (>20%) gekennzeichnet sind.

- Die Medikamente helfen mir, mich gesünder zu fühlen.
- Die Dosierung meiner Medikamente ist genau richtig.
- Bei der Visite wird mehr über die Patienten gesprochen als mit ihnen.
- Es kommt öfter vor, dass sich Patienten über Ärzte beschweren.

Diese Items waren genau diejenige, bei denen in Hofheim sowohl mehr als 10% Unentschlossene und mehr als 10% Nicht-Antwörter auftraten. Die Hauptkritikpunkte liegen somit in den Items:

- Oft haben die Ärzte zu wenig Zeit, um auf meine Sorgen und Wünsche einzugehen (nur 48,6% zufrieden)
- Es kommt öfter vor, dass sich Patienten über Ärzte beschweren. (49,6% zufrieden)
- Die Erklärungen der Schwestern und Pfleger sind oft schlecht verständlich. (51,5% zufrieden)
- Mit meinen sozialen Problemen stehe ich alleine da. (53,4% zufrieden)
- Ich habe nach der Visite oft noch Fragen. (54% zufrieden)
- Es werden genug Einzelgespräche angeboten. (54,7% zufrieden)

4.2.2 Vergleich der Bewertung spezieller Behandlungsaspekte in München und Hofheim

In diesem Abschnitt soll die Verteilung der Antworten innerhalb der einzelnen Items zwischen München und Hofheim verglichen werden, um Ansatzpunkte für mögliche Quellen der Unterschiede in der Gesamtzufriedenheit zu erhalten. Tabelle 4 zeigt diesen Vergleich, jeweils bereinigt um die fehlenden Werte (gültige Prozentangaben). Mit einem * markierte Items wurden in die entsprechend negativ formulierte Frage umcodiert.

Tabelle 4: Vergleich der prozentualen Bewertungen einzelner Behandlungsaspekte in München und Hofheim

	Psychiatrische Klinik München					Psychiatrische Klinik Hofheim				
	voll	überwiegend	unentschieden	eher nicht	gar nicht	voll	überwiegend	unentschieden	eher nicht	gar nicht
Die Ärzte sprechen mit mir ausführlich über meine Erkrankung.	47,4	28,2	11,5	11,5	1,3	63,0	31,5	5,4	0	0
Die Ärzte interessieren sich für meine Sorgen.	46,5	29,0	13,5	9,7	1,3	64,1	29,3	5,4	1,1	0
Ich habe häufig an den Ärzten etwas auszusetzen. *	47,4	26,3	15,4	7,7	3,2	58,1	27,9	8,1	1,2	4,7
Ich werde soweit wie möglich vom Arzt in die Entscheidungen über meine Behandlung mit einbezogen.	33,3	32,7	14,7	13,5	5,8	56,2	28,1	11,2	3,4	1,1
Die Ärzte sind gut ausgebildet.	52,3	30,7	15,7	1,3	0	61,8	28,1	7,9	1,1	1,1
Oft haben die Ärzte zu wenig Zeit, um auf meine Sorgen und Wünsche einzugehen. *	23,0	28,3	19,1	17,8	11,8	41,9	36,0	7,0	7,0	8,1
Ich habe nach der Visite oft noch Fragen. *	26,3	30,9	15,8	19,1	7,9	43,0	41,8	8,9	1,3	5,1
Das Verhältnis der Ärzte zu den Patienten ist gut.	43,5	31,2	16,2	9,1	0	57,1	37,9	7,7	2,2	1,1
Ich fühle mich von den Ärzten verstanden.	41,2	35,3	14,4	7,2	2,0	57,1	29,7	6,6	6,6	0
Die Ärzte tun nur das Nötigste. *	47,6	18,4	15,6	10,2	8,2	51,8	25,9	9,4	4,7	8,2
Die Medikamente helfen mir mich	20,0	42,6	21,9	9,7	5,8	37,5	33,8	16,3	8,8	3,8

gesünder zu fühlen.										
Die Dosierung meiner Medikamente ist genau richtig.	31,5	31,5	30,2	2,7	4,0	46,9	22,2	23,5	3,7	3,7
Es werden genug Einzelgespräche angeboten.	33,3	25,3	16,0	16,7	8,7	47,8	34,4	4,4	11,1	2,2
Bei der Visite wird mehr über die Patienten gesprochen als mit ihnen. *	37,3	26,1	22,9	7,8	5,9	47,9	26,0	16,4	4,1	5,5
Es kommt öfter vor, daß sich Patienten über Ärzte beschweren. *	22,1	31,5	24,8	12,1	9,4	23,0	40,2	26,4	8,0	2,3
Ärzte und andere Mitarbeiter arbeiten schlecht zusammen. *	45,6	24,8	15,4	8,7	5,4	47,6	34,5	9,5	3,6	4,8
An den Schwestern und Pflegern habe ich oft etwas auszusetzen. *	53,6	28,5	11,3	4,6	2,0	63,2	20,7	10,3	1,1	4,6
Wenn man sie braucht, sind die Schwestern und Pfleger für einen da.	58,4	30,2	8,1	2,7	0,7	65,2	21,3	6,7	4,5	2,2
Die Erklärung der Schwestern und Pfleger sind oft schlecht verständlich. *	31,1	23,8	20,5	15,9	8,6	55,3	31,8	5,9	2,4	4,7
Die Pflegekräfte haben ein gutes Verhältnis zu den Patienten.	41,3	42,7	12,7	3,3	0	51,6	33,0	9,9	3,3	2,2
Die Pflegekräfte tun nur das Nötigste. *	44,4	29,8	7,9	13,2	4,6	43,5	31,8	11,8	3,5	9,4
Ich fühle mich vom Pflegepersonal verstanden.	39,0	37,0	18,2	4,5	1,3	60,4	23,1	11,0	5,5	0
Schwestern und Pfleger bleiben auch in kritischen Situationen ruhig.	42,8	40,1	12,5	3,9	0,7	52,2	33,3	12,2	1,1	1,1
Mit meinen sozialen Problemen stehe ich alleine da. *	33,6	23,0	19,1	13,2	11,2	50,6	24,7	17,6	2,4	4,7

Tabelle 5 liefert nun eine Übersicht über die Differenz in Prozentpunkten zwischen den Häufigkeiten, mit denen jede der 5 möglichen Antwortkategorien genannt wurde. Positive Werte zeigen dabei an, dass die entsprechende Kategorie um den genannten Wert in Hofheim häufiger als in München angekreuzt wurde; negative Werte zeigen an, dass die entsprechende Kategorie um den genannten Wert in München häufiger als in

Hofheim angekreuzt wurde. Der Vergleich wurde wiederum um die fehlenden Werte bereinigt (gültige Prozentangaben). Mit einem * markierte Items wurden in die entsprechend negativ formulierte Frage umcodiert.

Tabelle 5: Vergleich der prozentualen Antworthäufigkeiten in München und Hofheim (Unterschied in Prozentpunkten)

	Mittelwertdifferenz	Differenz zwischen Hofheim und München in Prozentpunkten				
		voll	überwiegend	unentschieden	eher nicht	gar nicht
Die Ärzte sprechen mit mir ausführlich über meine Erkrankung.	0,49	15,6	3,3	-6,1	-11,5	-1,3
Die Ärzte interessieren sich für meine Sorgen.	0,47	17,6	0,3	-8,1	-8,6	-1,3
Ich habe häufig an den Ärzten etwas auszusetzen. *	0,27	10,7	1,6	-7,3	-6,5	1,5
Ich werde soweit wie möglich vom Arzt in die Entscheidungen über meine Behandlung mit einbezogen.	0,61	22,9	-4,6	-3,5	-10,1	-4,7
Die Ärzte sind gut ausgebildet.	0,14	9,5	-2,6	-7,8	-0,2	1,1
Oft haben die Ärzte zu wenig Zeit, um auf meine Sorgen und Wünsche einzugehen. *	0,64	18,9	7,7	-12,1	-10,8	-3,7
Ich habe nach der Visite oft noch Fragen. *	0,67	16,7	10,9	-6,9	-17,8	-2,8
Das Verhältnis der Ärzte zu den Patienten ist gut.	0,33	13,6	6,7	-8,5	-6,9	1,1
Ich fühle mich von den Ärzten verstanden.	0,3	15,9	-5,6	-7,8	-0,6	-2
Die Ärzte tun nur das Nötigste. *	0,21	4,2	7,5	-6,2	-5,5	0
Die Medikamente helfen mir mich gesünder zu fühlen.	0,31	17,5	-8,8	-5,6	-0,9	-2
Die Dosierung meiner Medikamente ist genau richtig.	0,21	15,4	-9,3	-6,7	1	-0,3
Es werden genug Einzelgespräche angeboten.	0,56	14,5	9,1	-11,6	-5,6	-6,5
Bei der Visite wird mehr über die Patienten gesprochen als mit ihnen. *	0,26	10,6	-0,1	-6,5	-3,7	-0,4
Es kommt öfter vor, daß sich Patienten	0,29	0,9	8,7	1,6	-4,1	-7,1

über Ärzte beschweren. *						
Ärzte und andere Mitarbeiter arbeiten schlecht zusammen. *	0,2	2	9,7	-5,9	-5,1	-0,6
An den Schwestern und Pflegern habe ich oft etwas auszusetzen. *	0,1	9,6	-7,8	-1	-3,5	2,6
Wenn man sie braucht, sind die Schwestern und Pfleger für einen da.	0	6,8	-8,9	-1,4	1,8	1,5
Die Erklärung der Schwestern und Pfleger sind oft schlecht verständlich. *	0,78	24,2	8	-14,6	-13,5	-3,9
Die Pflegekräfte haben ein gutes Verhältnis zu den Patienten.	0,07	10,3	-9,7	-2,8	0	2,2
Die Pflegekräfte tun nur das Nötigste. *	0	-0,9	2	3,9	-9,7	4,8
Ich fühle mich vom Pflegepersonal verstanden.	0,3	21,4	-13,9	-7,2	1	-1,3
Schwwestern und Pfleger bleiben auch in kritischen Situationen ruhig.	0,14	9,4	-6,8	-0,3	-2,8	0,4
Mit meinen sozialen Problemen stehe ich alleine da. *	0,59	17	1,7	-1,5	-10,8	-6,5

Bereits in der Tabelle fällt sehr deutlich auf, dass positive Erfahrungen in Hofheim bei fast allen Items wesentlich häufiger gemacht wurden als in München – bei den negativen Erfahrungen ist es genau umgekehrt. Auch die Kategorie „unentschieden“ wurde in Hofheim nahezu durchgängig wesentlich seltener angekreuzt als in München.

Von Interesse ist dabei, welche Items einen eventuellen Unterschied in der Gesamtbewertung der beiden Kliniken induzieren, also welche Items wesentlich besser oder wesentlich schlechter bewertet wurden. Sehr viel öfter mit „voll zufrieden“, also mit mehr als 15 Prozentpunkten Differenz, wurden in Hofheim folgende Items beantwortet:

- Die Erklärung der Schwestern und Pfleger sind oft schlecht verständlich. (zu 24,2 Prozentpunkten häufiger mit „voll zufrieden“ in Hofheim bewertet als in München)

- Ich werde soweit wie möglich vom Arzt in die Entscheidungen über meine Behandlung mit einbezogen. (22,9 Prozentpunkte häufiger „voll zufrieden“)
- Ich fühle mich vom Pflegepersonal verstanden. (21,4 Prozentpunkte häufiger „voll zufrieden“)
- Oft haben die Ärzte zu wenig Zeit, um auf meine Sorgen und Wünsche einzugehen. * (18,9 Prozentpunkte häufiger „voll zufrieden“)
- Die Medikamente helfen mir mich gesünder zu fühlen. (17,5 Prozentpunkte häufiger „voll zufrieden“)
- Mit meinen sozialen Problemen stehe ich alleine da. * (17,0 Prozentpunkte häufiger „voll zufrieden“)
- Ich habe nach der Visite oft noch Fragen. * (16,7 Prozentpunkte häufiger „voll zufrieden“)
- Ich fühle mich von den Ärzten verstanden. (15,9 Prozentpunkte häufiger „voll zufrieden“)
- Die Dosierung meiner Medikamente ist genau richtig. (15,4 Prozentpunkte häufiger „voll zufrieden“)

Nur bei einem Item, „Die Pflegekräfte tun nur das Nötigste.“, wurde die Kategorie „voll zufrieden“ mit 0,9 Prozentpunkten negativer Differenz in Hofheim geringfügig seltener angekreuzt. Dabei handelt es sich jedoch mit sehr großer Wahrscheinlichkeit um einen zufälligen Effekt. Insgesamt wird die Zuwendung von Ärzten und Pflegekräften zu den Patienten in Hofheim wesentlich besser bewertet als in München. Was jedoch erstaunt ist die Beobachtung, dass auch die Psychopharmakotherapie in Hofheim um so vieles besser eingeschätzt wird als in München.

Insgesamt gibt es kein Item, das im Mittel in Hofheim eine schlechtere Bewertung erhielt als in München. Die größten Mittelwertsunterschiede (über 0,5 besser, also mehr als eine halbe Kategorie) in der Bewertung ergaben sich für die Items

- Die Erklärung der Schwestern und Pfleger sind oft schlecht verständlich. (0,78)

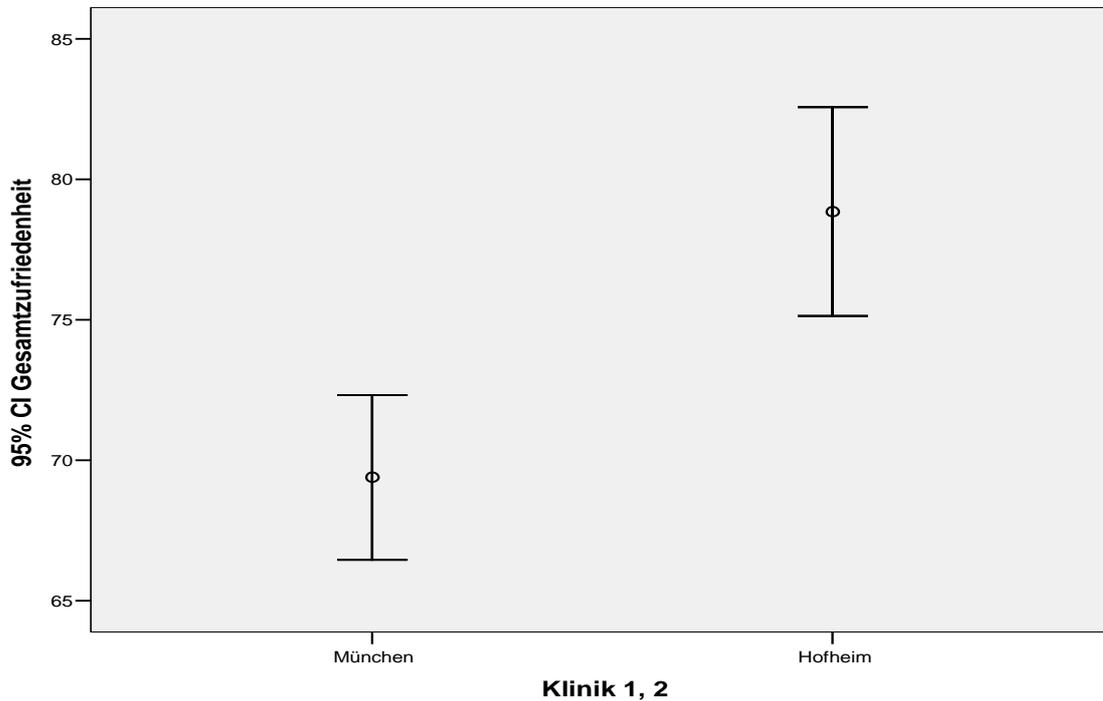
- Ich habe nach der Visite oft noch Fragen. * (0,67)
- Oft haben die Ärzte zu wenig Zeit, um auf meine Sorgen und Wünsche einzugehen. * (0,64)
- Ich werde soweit wie möglich vom Arzt in die Entscheidungen über meine Behandlung mit einbezogen. (0,61)
- Mit meinen sozialen Problemen stehe ich alleine da. * (0,59)
- Es werden genug Einzelgespräche angeboten.* (0,56)

Wiederum ragen diejenigen Punkte hervor, die beschreiben, wie sehr sich der Patient nicht nur als Individuum, sondern eben auch als kompetenter Partner in Bezug auf die Einflussnahme auf die Behandlung wahrgenommen fühlt. Es scheint von hoher Bedeutung für die Unterschiede in der Gesamtzufriedenheit zu sein, dass der Patient über seine Behandlung aufgeklärt wird und an Entscheidungsprozessen partizipieren darf. Auffällig ist, dass die Zufriedenheit mit der medikamentösen Behandlung für den Unterschied in der Gesamtzufriedenheit von nur mäßiger Bedeutung zu sein scheint.

4.2.3 Vergleich der Gesamtzufriedenheit in München und Hofheim

Im Folgenden interessiert die Frage, ob sich die Gesamtzufriedenheit in München und Hofheim signifikant unterscheidet. Dabei wurde zunächst explorativ vorgegangen. Abbildung 1 zeigt einen Boxplot, der erste Hinweise darauf gibt, ob – und wenn ja, in welche Richtung – ein Unterschied zwischen den Mittelwerten vorliegt.

Abbildung 1: Boxplot zum Vergleich der Gesamtzufriedenheit in München und Hofheim



Ganz offensichtlich kann man von der gerichteten Hypothese ausgehen, dass die Gesamtzufriedenheit in Hofheim höher ist als in München. Statistisch formuliert, lauten die beiden Hypothesen also:

- H_0 : Gesamtzufriedenheit (Hofheim) \geq Gesamtzufriedenheit (München)
- H_1 : Gesamtzufriedenheit (Hofheim) $<$ Gesamtzufriedenheit (München)

Die Mittelwerte der Summenscores in beiden Stichproben zeigt Tabelle 6. Ebenfalls ist ersichtlich, dass aufgrund fehlender Werte in München nur noch 119 und in Hofheim nur noch 47 Datensätze ausgewertet werden konnten.

Tabelle 6: Mittlere Gesamtzufriedenheit, Standardabweichung und Standardfehler in München und Hofheim

Group Statistics					
	Klinik 1, 2	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Gesamtzufriedenheit	München	119	69,4034	16,13519	1,47911
	Hofheim	47	78,8511	12,64220	1,84405

Zunächst ist es notwendig, mit einem Levene-Test die Varianzhomogenität beider Stichproben zu überprüfen. Der Test lehnt, wie Tabelle 7 zeigt, die Hypothese gleicher Varianzen zum (hier üblichen) Niveau von $\alpha = 0,25$ ab. Somit muss der Test auf Mittelwertsdifferenzen mit adjustierten Freiheitsgraden (degrees of freedom = 106,969) durchgeführt werden. Dieser t-Test lehnt die oben formulierte Nullhypothese zum Signifikanzniveau $\alpha = 0,05$ ab. Somit ist im Ergebnis die Gesamtzufriedenheit in München signifikant geringer als in Hofheim.

Tabelle 7: Levene-Test auf Varianzhomogenität und t-Test auf Mittelwertsdifferenzen zum Vergleich der Gesamtzufriedenheit in München und Hofheim

Independent Samples Test										
	Levene's Test for quality of Variance		t-test for Equality of Means							
	F	Sig.	t	df	sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference		
								Lower	Upper	
Gesamtzufriedenheit	Equal variance assumed	5,041	,026	-3,599	164	,000	-9,44770	2,62492	4,63070	4,26471
	Equal variance not assumed			-3,997	106,969	,000	-9,44770	2,36396	4,13399	4,76141

Möglicherweise werden die (schlechteren) Ergebnisse in München durch Störvariablen negativ beeinflusst. Eine solche Störvariable könnte die Art der psychischen Erkrankung sein. Das folgende Kapitel untersucht, ob sich auch in einer um den Einfluss der Erkrankung bereinigten Stichprobe die Zufriedenheit in München und Hofheim unterscheidet.

4.2.4 Zufriedenheit depressiver Patienten in München

Im nun folgenden Abschnitt wurde der Einfluss der potenziellen Störvariable „Erkrankung“ eliminiert, indem nur noch die Teilstichprobe der 60 depressiven

Patienten zum Vergleich herangezogen wurde. Tabelle 8 zeigt analog zu den Tabellen 1 und 3 die Bewertung spezieller Behandlungsaspekte durch die depressiven Patienten in München.

Tabelle 8: Bewertung spezieller Aspekte der Behandlung durch die depressiven Patienten in München (1 = die Aussage trifft voll zu, 2 = die Aussage trifft eher zu, 3 = unentschieden, 4 = die Aussage trifft eher nicht zu, 5 = die Aussage trifft gar nicht zu; zur besseren Vergleichbarkeit wurden mit einem * markierte, negativ formulierte Items umcodiert, so dass wachsende Unzufriedenheit durch höhere Werte gekennzeichnet ist)

Spezieller Behandlungsaspekt	Mittelwert	% negativ bewertet	% unentschieden	% fehlende Antwort
Arztgespräch über Erkrankung	2,12	18,4	11,7	1,7
Ärzte interessiert	2,04	16,7	6,7	5,0
Kritik an Ärzten*	2,18	16,7	16,7	5,0
Entscheidung über Behandlung	2,40	23,3	11,7	3,3
Ärzte gut ausgebildet	1,74	1,7	15,0	5,0
Ärzte zu wenig Zeit*	2,93	33,3	18,3	8,3
Fragen nach Visite*	2,87	35,0	15,0	8,3
Verhältnis Ärzte/Patienten gut	1,98	10,0	15,0	8,3
Von Ärzten verstanden	2,11	11,7	16,7	6,7
Ärzte tun nur das Nötigste*	2,37	20,0	18,3	10,0
Medikamente helfen	2,47	18,3	18,3	1,7
Medikamentendosierung ok	2,39	8,3	36,7	6,7
Genug Einzelgespräche	2,58	26,7	20,0	8,3
Visite über Patienten gesprochen*	2,42	20,0	16,7	5,0
Beschwerden über Ärzte*	2,58	23,4	25,0	5,0
Zusammenarbeit Mitarbeiter	2,11	15,0	11,7	6,7
Mit Schwestern unzufrieden*	1,70	5,0	8,3	5,0
Schwestern verfügbar	1,58	1,7	8,3	8,3
Erklärungen Schwestern schlecht verständlich*	2,60	28,4	15,0	5,0
Verhältnis Pfleger/Patienten gut	1,80	3,3	13,3	8,3
Pflegekräfte tun nur Nötigste*	2,04	15,0	8,3	8,3
Vom Personal verstanden	1,95	6,7	11,7	8,3
Pflegepersonal bleibt ruhig	1,88	6,7	11,7	5,0
Soziale Probleme alleine*	2,82	33,4	15,0	8,3

In neun von 24 Behandlungsaspekten wurden von einer größeren Gruppe Patienten (ab 20%) negative Erfahrungen gemacht; in drei Aspekten äußerten sich sogar mehr als 30% der Befragten negativ. Dabei handelt es sich um folgende Items (>30% fett markiert):

- Ich werde soweit wie möglich vom Arzt in die Entscheidungen über meine Behandlung mit einbezogen.
- **Oft haben die Ärzte zu wenig Zeit, um auf meine Sorgen und Wünsche einzugehen**
- **Ich habe nach der Visite oft noch Fragen.**
- Die Ärzte tun nur das Nötigste.
- Es werden genug Einzelgespräche angeboten.
- Bei der Visite wird mehr über die Patienten gesprochen als mit ihnen.
- Es kommt öfter vor, dass sich Patienten über Ärzte beschweren.
- Die Erklärungen der Schwestern und Pfleger sind oft schlecht verständlich.
- **Mit meinen sozialen Problemen stehe ich alleine da.**

Somit scheinen sich die Unzufriedenheiten auch hier auf das Thema „individuelles Eingehen auf den Patienten“ zu konzentrieren. Die Patienten fühlen sich dabei offenbar nicht nur anonymisiert, sondern auch als inkompetent eingestuft bezüglich ihrer Fähigkeit, den Sinn hinter Behandlungen zu verstehen oder sogar darauf Einfluss zu nehmen.

Der Anteil der Antwortverweigerer ist durchgängig eher gering; der höchste Wert liegt bei 10% („Die Ärzte tun nur das Nötigste.“). Weiter fällt auf, dass eine Reihe von Items durch einen hohen Anteil an Unentschlossenen (>20%) gekennzeichnet sind.

- Die Dosierung meiner Medikamente ist genau richtig.
- Es kommt öfter vor, dass sich Patienten über Ärzte beschweren.
- Es werden genug Einzelgespräche angeboten.

Die Hauptkritikpunkte liegen somit bei den depressiven Patienten in den Items:

- Oft haben die Ärzte zu wenig Zeit, um auf meine Sorgen und Wünsche einzugehen (nur 40,1% zufrieden)
- Ich habe nach der Visite oft noch Fragen. (41,7% zufrieden)
- Mit meinen sozialen Problemen stehe ich alleine da. (43,3% zufrieden)
- Es werden genug Einzelgespräche angeboten. (45% zufrieden)
- Es kommt öfter vor, dass sich Patienten über Ärzte beschweren. (46,6% zufrieden)
- Die Dosierung meiner Medikamente ist genau richtig. (48,3% zufrieden)

4.2.5 Vergleich der Bewertung spezieller Behandlungsaspekte in München (depressive Patienten) und Hofheim

In diesem Abschnitt soll die Verteilung der Antworten innerhalb der einzelnen Items zwischen den depressiven Patienten in München und den Hofheimer Patienten (mit ausschließlich depressiven Störungen) verglichen werden, um Ansatzpunkte für mögliche Quellen der Unterschiede in der Gesamtzufriedenheit zu erhalten. Tabelle 9 zeigt diesen Vergleich, jeweils bereinigt um die fehlenden Werte (gültige Prozentangaben). Mit einem * markierte Items wurden in die entsprechend negativ formulierte Frage umcodiert.

Tabelle 9: Vergleich der prozentualen Antworthäufigkeiten in München und Hofheim

	Psychiatrische Klinik München					Psychiatrische Klinik Hofheim				
	voll	überwiegend	unentschieden	eher nicht	gar nicht	voll	überwiegend	unentschieden	eher nicht	gar nicht
Die Ärzte sprechen	39,0	30,5	11,9	16,9	1,7	63,0	31,5	5,4	0	0

mit mir ausführlich über meine Erkrankung.										
Die Ärzte interessieren sich für meine Sorgen.	38,6	36,8	7,0	17,5	0	64,1	29,3	5,4	1,1	0
Ich habe häufig an den Ärzten etwas auszusetzen. *	40,4	24,6	17,5	12,3	5,3	58,1	27,9	8,1	1,2	4,7
Ich werde soweit wie möglich vom Arzt in die Entscheidungen über meine Behandlung mit einbezogen.	31,0	32,8	12,1	13,8	10,3	56,2	28,1	11,2	3,4	1,1
Die Ärzte sind gut ausgebildet.	45,6	36,8	15,8	1,8	0	61,8	28,1	7,9	1,1	1,1
Oft haben die Ärzte zu wenig Zeit, um auf meine Sorgen und Wünsche einzugehen. *	16,4	27,3	20,0	20,0	16,4	41,9	36,0	7,0	7,0	8,1
Ich habe nach der Visite oft noch Fragen. *	20,0	25,5	16,4	23,6	14,5	43,0	41,8	8,9	1,3	5,1
Das Verhältnis der Ärzte zu den Patienten ist gut.	40,0	32,7	16,4	10,9	0	57,1	37,9	7,7	2,2	1,1
Ich fühle mich von den Ärzten verstanden.	33,9	35,7	17,9	10,7	1,8	57,1	29,7	6,6	6,6	0
Die Ärzte tun nur das Nötigste. *	40,7	16,7	20,4	9,3	13,0	51,8	25,9	9,4	4,7	8,2
Die Medikamente helfen mir mich gesünder zu fühlen.	16,9	45,8	18,6	10,2	8,5	37,5	33,8	16,3	8,8	3,8
Die Dosierung meiner Medikamente ist genau richtig.	23,2	28,6	39,3	3,6	5,4	46,9	22,2	23,5	3,7	3,7
Es werden genug Einzelgespräche angeboten.	29,1	20,0	21,8	21,8	7,3	47,8	34,4	4,4	11,1	2,2
Bei der Visite wird mehr über die Patienten gesprochen als mit ihnen. *	26,3	35,1	17,5	12,3	8,8	47,9	26,0	16,4	4,1	5,5
Es kommt öfter vor, daß sich Patienten über Ärzte beschweren. *	24,6	24,6	26,3	17,5	7,0	23,0	40,2	26,4	8,0	2,3
Ärzte und andere Mitarbeiter arbeiten schlecht zusammen. *	41,1	30,4	12,5	8,9	7,1	47,6	34,5	9,5	3,6	4,8
An den Schwestern und Pflägern habe ich oft etwas auszusetzen. *	50,9	35,1	8,8	3,5	1,8	63,2	20,7	10,3	1,1	4,6
Wenn man sie braucht, sind die	54,5	34,5	9,1	1,8	0	65,2	21,3	6,7	4,5	2,2

Schwestern und Pfleger für einen da.										
Die Erklärung der Schwestern und Pfleger sind oft schlecht verständlich. *	28,1	26,3	15,8	17,5	12,3	55,3	31,8	5,9	2,4	4,7
Die Pflegekräfte haben ein gutes Verhältnis zu den Patienten.	41,8	40,0	14,5	3,6	0	51,6	33,0	9,9	3,3	2,2
Die Pflegekräfte tun nur das Nötigste. *	43,6	30,9	9,1	10,9	5,5	43,5	31,8	11,8	3,5	9,4
Ich fühle mich vom Pflegepersonal verstanden.	34,5	45,5	12,7	5,5	1,8	60,4	23,1	11,0	5,5	0
Schwestern und Pfleger bleiben auch in kritischen Situationen ruhig.	38,6	42,1	12,3	7,0	0	52,2	33,3	12,2	1,1	1,1
Mit meinen sozialen Problemen stehe ich alleine da. *	20,0	27,3	16,4	23,6	12,7	50,6	24,7	17,6	2,4	4,7

Tabelle 10 liefert nun eine Übersicht über die Differenz in Prozentpunkten zwischen den Häufigkeiten, mit denen jede der 5 möglichen Antwortkategorien genannt wurde. Positive Werte zeigen dabei an, dass die entsprechende Kategorie um den genannten Wert in Hofheim häufiger als in bei den depressiven Patienten in München angekreuzt wurde; negative Werte zeigen an, dass die entsprechende Kategorie um den genannten Wert in München bei den depressiven Patienten häufiger als in Hofheim angekreuzt wurde. Der Vergleich wurde wiederum um die fehlenden Werte bereinigt (gültige Prozentangaben). Mit einem * markierte Items wurden in die entsprechend negativ formulierte Frage umcodiert.

Tabelle 10: Vergleich der prozentualen Antworthäufigkeiten in München und Hofheim (Unterschied in Prozentpunkten)

	Mittelwertdifferenz	Differenz zwischen Hofheim und München in Prozentpunkten					
		voll	überwiegend	unentschieden	eher nicht	gar nicht	
Die Ärzte sprechen mit mir ausführlich über meine Erkrankung.	0,7	24		1	-6,5	-16,9	-1,7
Die Ärzte interessieren sich für meine Sorgen.	0,61	25,5		-7,5	-1,6	-16,4	0
Ich habe häufig an den Ärzten etwas auszusetzen. *	0,52	17,7		3,3	-9,4	-11,1	-0,6
Ich werde soweit wie	0,75	25,2		-4,7	-0,9	-10,4	-9,2

möglich vom Arzt in die Entscheidungen über meine Behandlung mit einbezogen.							
Die Ärzte sind gut ausgebildet.	0,22	16,2	-8,7	-7,9	-0,7	1,1	
Oft haben die Ärzte zu wenig Zeit, um auf meine Sorgen und Wünsche einzugehen. *	0,9	25,5	8,7	-13	-13	-8,3	
Ich habe nach der Visite oft noch Fragen. *	1,03	23	16,3	-7,5	-22,3	-9,4	
Das Verhältnis der Ärzte zu den Patienten ist gut.	0,4	17,1	5,2	-8,7	-8,7	1,1	
Ich fühle mich von den Ärzten verstanden.	0,48	23,2	-6	-11,3	-4,1	-1,8	
Die Ärzte tun nur das Nötigste. *	0,45	11,1	9,2	-11	-4,6	-4,8	
Die Medikamente helfen mir mich gesünder zu fühlen.	0,39	20,6	-12	-2,3	-1,4	-4,7	
Die Dosierung meiner Medikamente ist genau richtig.	0,44	23,7	-6,4	-15,8	0,1	-1,7	
Es werden genug Einzelgespräche angeboten.	0,72	18,7	14,4	-17,4	-10,7	-5,1	
Bei der Visite wird mehr über die Patienten gesprochen als mit ihnen. *	0,49	21,6	-9,1	-1,1	-8,2	-3,3	
Es kommt öfter vor, daß sich Patienten über Ärzte beschweren. *	0,32	-1,6	15,6	0,1	-9,5	-4,7	
Ärzte und andere Mitarbeiter arbeiten schlecht zusammen. *	0,28	6,5	4,1	-3	-5,3	-2,3	
An den Schwestern und Pflägern habe ich oft etwas auszusetzen. *	0,07	12,3	-14,4	1,5	-2,4	2,8	
Wenn man sie braucht, sind die Schwestern und Pfleger für einen da.	0,01	10,7	-13,2	-2,4	2,7	2,2	
Die Erklärung der Schwestern und Pfleger sind oft schlecht verständlich. *	0,91	27,2	5,5	-9,9	-15,1	-7,6	
Die Pflegekräfte haben ein gutes Verhältnis zu den Patienten.	0,09	9,8	-7	-4,6	-0,3	2,2	
Die Pflegekräfte tun nur das Nötigste. *	0	-0,1	0,9	2,7	-7,4	3,9	
Ich fühle mich vom	0,33	25,9	-22,4	-1,7	0	-1,8	

Pflegepersonal verstanden.						
Schwester und Pfleger bleiben auch in kritischen Situationen ruhig.	0,22	13,6	-8,8	-0,1	-5,9	1,1
Mit meinen sozialen Problemen stehe ich alleine da. *	0,96	30,6	-2,6	1,2	-21,2	-8

Bereits in der Tabelle fällt sehr deutlich auf, dass positive Erfahrungen in Hofheim bei fast allen Items wesentlich häufiger gemacht wurden als bei den depressiven Patienten in München – bei den negativen Erfahrungen ist es genau umgekehrt. Auch die Kategorie „unentschieden“ wurde in Hofheim nahezu durchgängig wesentlich seltener angekreuzt als in München.

Von Interesse ist dabei, welche Items einen eventuellen Unterschied in der Gesamtbewertung der beiden Kliniken induzieren, also welche Items wesentlich besser oder wesentlich schlechter bewertet wurden. Sehr viel öfter mit „voll zufrieden“, also mit mehr als 20 Prozentpunkten Differenz, wurden in Hofheim folgende Items beantwortet:

- Mit meinen sozialen Problemen stehe ich alleine da. * (30,6 Prozentpunkte häufiger „voll zufrieden“)
- Die Erklärung der Schwestern und Pfleger sind oft schlecht verständlich. (27,2 Prozentpunkte häufiger „voll zufrieden“)
- Ich fühle mich vom Pflegepersonal verstanden. (25,9 Prozentpunkte häufiger „voll zufrieden“)
- Oft haben die Ärzte zu wenig Zeit, um auf meine Sorgen und Wünsche einzugehen. * (25,5 Prozentpunkte häufiger „voll zufrieden“)
- Die Ärzte interessieren sich für meine Sorgen. (25,5 Prozentpunkte häufiger „voll zufrieden“)
- Ich werde soweit wie möglich vom Arzt in die Entscheidungen über meine Behandlung mit einbezogen. (25,2 Prozentpunkte häufiger „voll zufrieden“)
- Die Ärzte sprechen mit mir ausführlich über meine Erkrankung. (24 Prozentpunkte häufiger „voll zufrieden“)

- Die Dosierung meiner Medikamente ist genau richtig. (23,7 Prozentpunkte häufiger „voll zufrieden“)
- Ich fühle mich von den Ärzten verstanden. (23,2 Prozentpunkte häufiger „voll zufrieden“)
- Ich habe nach der Visite oft noch Fragen. * (23 Prozentpunkte häufiger „voll zufrieden“)
- Bei der Visite wird mehr über die Patienten gesprochen als mit ihnen. * (21,6 Prozentpunkte häufiger „voll zufrieden“)
- Die Medikamente helfen mir mich gesünder zu fühlen. (20,6 Prozentpunkte häufiger „voll zufrieden“)

Bei zwei Items, „Es kommt öfter vor, daß sich Patienten über Ärzte beschweren.“ und „Die Pflegekräfte tun nur das Nötigste.“, wurde die Kategorie „voll zufrieden“ mit 1,6 bzw. 0,1 Prozentpunkten negativer Differenz in Hofheim geringfügig seltener angekreuzt. Dabei handelt es sich jedoch auch hier mit sehr großer Wahrscheinlichkeit wieder um einen zufälligen Effekt. Insgesamt werden die Zuwendung von Ärzten und Pflegekräften zu den Patienten sowie wieder die medikamentöse Therapie von den depressiven Patienten in Hofheim wesentlich besser bewertet als von den depressiven Patienten in München. Die Unterschiede treten nicht nur nahezu in derselben Gewichtung, sondern auch wesentlich klarer zu Tage.

Insgesamt gibt es wieder kein Item, das im Mittel in Hofheim eine schlechtere Bewertung erhielt als in München. Die größten Mittelwertsunterschiede (über 0,5 besser, also eine mehr als eine halbe Kategorie) in der Bewertung ergaben sich für die folgenden Items. Ein Item wurde fett markiert, da es um mehr als eine ganze Kategorie besser bewertet wurde.

- **Ich habe nach der Visite oft noch Fragen. * (1,03)**
- Mit meinen sozialen Problemen stehe ich alleine da. * (0,98)
- Die Erklärung der Schwestern und Pfleger sind oft schlecht verständlich. (0,91)
- Oft haben die Ärzte zu wenig Zeit, um auf meine Sorgen und Wünsche einzugehen. * (0,9)

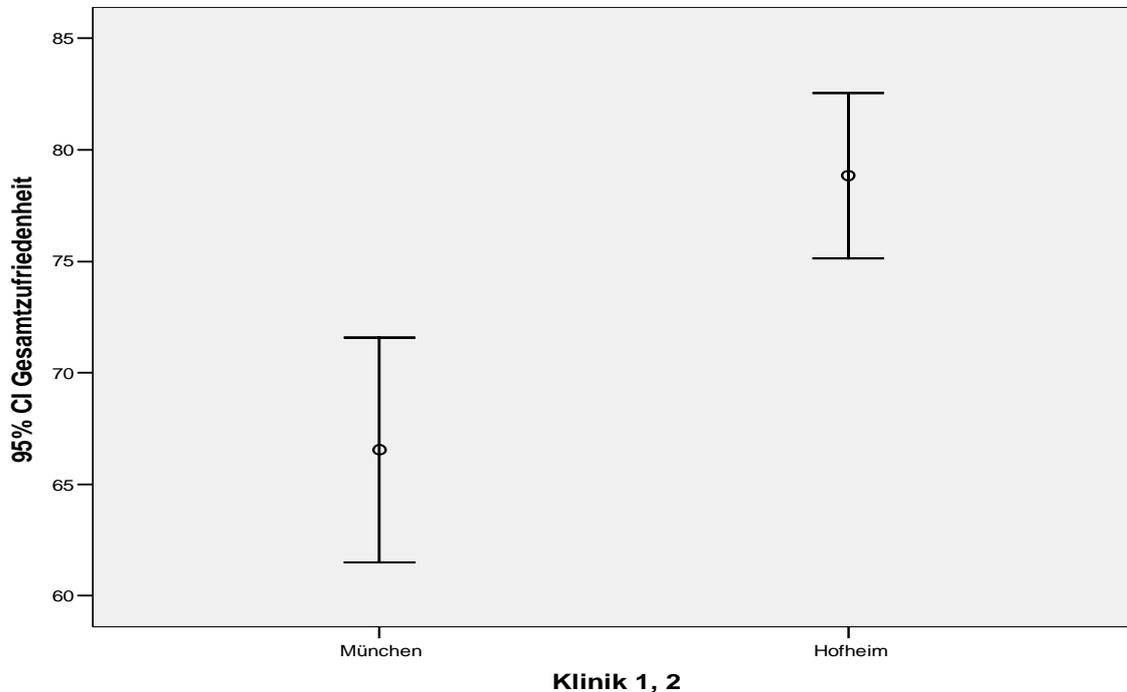
- Ich werde soweit wie möglich vom Arzt in die Entscheidungen über meine Behandlung mit einbezogen. (0,75)
- Die Ärzte sprechen mit mir ausführlich über meine Erkrankung. (0,7)
- Es werden genug Einzelgespräche angeboten.* (0,72)
- Die Ärzte interessieren sich für meine Sorgen. (0,61)
- Ich habe häufig an den Ärzten etwas auszusetzen. * (0,51)

Wiederum ragen diejenigen Punkte hervor, die beschreiben, wie sehr sich der Patient nicht nur als Individuum, sondern eben auch als kompetenter Partner in Bezug auf die Einflussnahme auf die Behandlung wahrgenommen fühlt. Die Hypothese, dass eine höhere Gesamtzufriedenheit davon abhängt, ob der Patient über seine Behandlung aufgeklärt wird und an Entscheidungsprozessen partizipieren darf, wird untermauert. Auffällig ist, dass die Zufriedenheit mit der medikamentösen Behandlung für den Unterschied in der Gesamtzufriedenheit ebenfalls nur von nur mäßiger Bedeutung zu sein scheint.

4.2.6 Vergleich der Gesamtzufriedenheit in München (depressive Patienten) und Hofheim

Im Folgenden interessiert die Frage, ob sich die Gesamtzufriedenheit in München und Hofheim signifikant unterscheidet. Dabei wurde zunächst explorativ vorgegangen. Abbildung 2 zeigt einen Boxplot, der erste Hinweise darauf gibt, ob – und wenn ja, in welche Richtung – ein Unterschied zwischen den Mittelwerten vorliegt.

Abbildung 2: Boxplot zum Vergleich der Gesamtzufriedenheit in München (depressive Patienten) und Hofheim



Ganz offensichtlich kann man von der gerichteten Hypothese ausgehen, dass die Gesamtzufriedenheit in Hofheim höher ist als bei den depressiven Patienten in München. Statistisch formuliert, lauten die beiden Hypothesen also:

- H_0 : Gesamtzufriedenheit (Hofheim) \geq Gesamtzufriedenheit (München)
- H_1 : Gesamtzufriedenheit (Hofheim) $<$ Gesamtzufriedenheit (München)

Die Mittelwerte der Summenscores in beiden Stichproben zeigt Tabelle 11. Ebenfalls ist ersichtlich, dass aufgrund fehlender Werte in München nur noch 48 und in Hofheim nur noch 47 Datensätze ausgewertet werden konnten.

Tabelle 11: Mittlere Gesamtzufriedenheit, Standardabweichung und Standardfehler in München (depressive Patienten) und Hofheim

Group Statistics

	Klinik 1, 2	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Gesamtzufriedenheit	München	48	66,5417	17,34255	2,50318
	Hofheim	47	78,8511	12,64220	1,84405

Zunächst ist es notwendig, mit einem Levene-Test die Varianzhomogenität beider Stichproben zu überprüfen. Der Test lehnt, wie Tabelle 12 zeigt, die Hypothese gleicher Varianzen zum (hier üblichen) Niveau von $\alpha = 0,25$ ab. Somit muss der Test auf Mittelwertsdifferenzen mit adjustierten Freiheitsgraden (degrees of freedom = 85,982) durchgeführt werden. Dieser t-Test lehnt die oben formulierte Nullhypothese zum Signifikanzniveau $\alpha = 0,05$ ab. Somit ist im Ergebnis die Gesamtzufriedenheit in Hofheim signifikant höher als in München bei den depressiven Patienten.

Tabelle 12: Levene-Test auf Varianzhomogenität und t-Test auf Mittelwertsdifferenzen zum Vergleich der Gesamtzufriedenheit in München (depressive Patienten) und Hofheim

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
Gesamtzufriedenheit	5,106	,026	-3,946	93	,000	-12,30940	3,11923	18,50357	-6,11522
			-3,959	85,982	,000	-12,30940	3,10909	18,49009	-6,12871

Offenbar ist die Gesamtzufriedenheit in München also noch geringer, wenn man den Einfluss der Störvariable „Diagnose“ eliminiert.

5 Diskussion der Ergebnisse

Die Durchführung der Patientenbefragung an einem Stichtag führt dazu, dass der größte Teil der befragbaren Patienten erreicht werden kann. Dies bringt

mit sich den Vorteil, dass der Rücklauf gegenüber vielen vorangegangenen Studien deutlich erhöht wurde. Damit verbunden sind jedoch, wie schon Dunkel (2001) anmerkt, heterogene individuelle Bewertungszeitpunkte. Es ist hier auch nicht untersucht worden, ob sich die Patientenurteile im Behandlungsverlauf wesentlich verändern. Dennoch gibt es Hinweise darauf, dass die Behandlungszufriedenheit ein relativ stabiles Phänomen ist (Langewitz et al., 1995) und von Beginn des stationären Aufenthalts an bereits hoch ausgeprägt erscheint (Leese et al., 1998). Die vorliegende Arbeit vermag den Einfluss unterschiedlicher Behandlungszeitpunkte auf die Bewertung jedoch zumindest teilweise dadurch ausschalten, dass im Vergleich mehrerer Kliniken eine Art Pseudo-Randomisierung erfolgt ist: Es ist davon auszugehen, dass sich in jeder Stichprobe anteilig etwa gleich viele Patienten am Anfang, in der Mitte und am Ende ihrer Behandlung befanden. Verzerrungen durch soziale Erwünschtheit können bei einer Stichtagserhebung eventuell stärker ausgeprägt sein als bei einer Entlassungserhebung, da die Patienten im Anschluss an die Befragung noch einige Zeit in der Klinik verbringen. Ebenfalls könnte durch die Stichtagsbefragung der Effekt stärker ausgeprägt sein, dass die Befragung selbst die Patientenmeinung positiv beeinflusst – eben weil der Patient sich mit seiner Meinung ernst genommen fühlt.

Einen Bias durch die Art der Diagnosen, wie er in Dunkel (2001) limitierend angeführt wird, vermeidet die vorliegende Arbeit durch die Beschränkung auf depressive Patienten in München im zweiten Teil des Vergleiches mit Hofheim. Falls also die Art der Erkrankung einen Einfluss auf die Bewertung haben sollte – und Kelstrup et al. (1993) sowie Svensson und Hansson (1994) unterstreichen dies, da nach ihren Studien affektiv Erkrankte im Unterschied zu schizophren Erkrankten zu positiveren Bewertungen neigen sollen -, so wird dieser Einfluss durch die Homogenisierung der Stichproben bezüglich der Diagnose eliminiert.

Ein möglicher Bias, den diese Studie allerdings nicht vermeiden kann, liegt in der Verteilung des Geschlechts, da in Hofheim nahezu ausschließlich weibliche Patienten befragt wurden. Im soziodemographischen Bereich

angesiedelt waren weitere Störvariablen wie z.B. das Alter der Patienten, die nicht berücksichtigt werden konnten, wenn die Stichproben über aussagekräftige Umfänge verfügen sollten. Hätte man die Befragungsbögen also beispielsweise nur für homogene Altersklassen ausgewertet, so wäre der Stichprobenumfang in einigen Klassen zu gering gewesen, um die Testvoraussetzungen noch zumindest näherungsweise erfüllen zu können (approximative Normalverteilung der Variablen, da der verwendete t-Test nicht robust gegen Verletzungen dieser Verteilungsannahme ist).

Kritisch anzumerken ist weiter, dass die Auswertung der Daten über die Analyse von arithmetischen Mittelwerten und mit Hilfe von t-Tests erfolgte, obwohl es sich bei den Ergebnissen der Befragungen eigentlich um Daten auf nur ordinalem Niveau handelt, welches eine Betrachtung der Mediane und deren Vergleich mittels nichtparametrischer Testverfahren erfordert hätte. Gleichwohl schmälert das nicht die Aussagekraft der vorliegenden Studie, da bei der vorliegenden Stichprobengröße die Normalverteilungsannahme approximativ erfüllt ist.

Gesamtzufriedenheit

Selbst bei Items, die schlecht abschnitten, zeigten sich immer noch über 40% der Patienten zufrieden, und auch in der Gesamtzufriedenheit erreichte der überwiegende Teil der Patienten eher hohe Werte. Die vorliegende Arbeit ist somit ein weiteres Indiz für eine hohe Gesamtzufriedenheit als soziales Phänomen. Im Rahmen der Qualitätssicherung ist die Erhebung der Gesamtzufriedenheit jedoch kein ausreichendes Instrument, da so potenzielle Quellen der Unzufriedenheit nicht erfasst werden können. Sicherlich trägt die Veröffentlichung solcher hohen Werte der Globalzufriedenheit bei der Verbesserung des Negativimages psychiatrischer Einrichtungen in der Öffentlichkeit bei; auch hierbei vermögen detailliertere Analysen der Quellen von Zufriedenheit oder Unzufriedenheit jedoch stärker zu wirken als eine dermaßen reduzierte Aussage.

Bewertung spezieller Aspekte der Behandlung

Auch in der vorliegenden Studie gab es bezüglich spezieller Aspekte der Behandlung deutlich ausgesprochene Kritik. Im Vordergrund der Kritik steht der Umfang der ärztlichen Zuwendung. Die Patienten fühlen sich mit ihren Sorgen, Nöten und Wünschen unverstanden und alleine gelassen. Zum einen liegt dies an der als zu wenig empfundenen Zeit, die für den direkten Kontakt zwischen Arzt und Patient zur Verfügung steht. Doch tritt ein weiterer Aspekt eher qualitativer Natur hinzu, nämlich die Art und Weise, in welcher die Gespräche zwischen Arzt und Patient, Pflegepersonal und Patient sowie Arzt und Pflegepersonal geführt werden.

Dabei erscheinen zwei Punkte relevant. Einerseits möchte der Patient als individuelle Person wahrgenommen werden, deren Sorgen vom Arzt auch in Einzelgesprächen gehört und verstanden werden. Dies entspricht im Wesentlichen der in der Literatur oft beschriebenen Erwartung des Patienten nach emphatischer Zuwendung. Anders als bei Dunkel (2001) zeigt sich kein signifikanter Unterschied zwischen Ärzten und Pflegepersonal, wenn man jeweils die Erwartungen der Patienten an deren Berufsausübung mit der Wirklichkeit vergleicht. Andererseits ist es von Bedeutung, dass der Patient als kompetent wahrgenommen wird und ihm dementsprechend nicht nur das Recht zur Aufgeklärtheit über die Behandlung, sondern sogar das Recht zur Mitbestimmung über Behandlungsentscheidungen eingeräumt wird.

In diesem Kontext erfahren die – auch in anderen Studien häufig genannten – Kritikpunkte an der Wirksamkeit und Dosierung der Medikamente einen Interpretationswandel. Besonders die interklinischen Vergleiche liefern Hinweise darauf, dass ausreichende Aufklärung über die Medikamente den Patienten selbige als subjektiv wirksamer und besser dosiert empfinden lassen. Sein Vertrauen in sein eigenes Urteil bezüglich der Psychopharmakotherapie wächst, wenn ihm diese Urteilskraft von den Behandelnden zugesprochen wird, und gleichzeitig wächst damit auch sein Vertrauen in die Urteilskraft der Ärzte und Pflegepersonen. Anders gesprochen, scheint ein Mangel an zugesprochener Kompetenz beim Patienten eher Misstrauen zu wecken, was zu latenter Unzufriedenheit führt,

welche sich in Form einer Antwortverweigerung äußert. Dies wäre eine neue Erklärung dafür, warum es in dem Bereich der medikamentösen Therapie so viele Antwortverweigerer bzw. unentschiedene Patienten gab wie in keinem anderen, obgleich wenig direkte Kritik geäußert wurde.

Spezielle Aspekte der Behandlung und der Gesamtzufriedenheit im intraklinischen Vergleich

Die Annahme, dass das Nebeneinander von insgesamt hoher globaler Zufriedenheit und Unzufriedenheit mit Einzelaspekten der Versorgung sich durch die relative Unwichtigkeit von Bereichen, in denen es Klagen gab, erklären lässt, scheint vor dem Hintergrund der skizzierten Überlegungen zu kurz gegriffen. Gering korreliert erscheinen in Hofheim nur die allgemein gehaltenen Fragen zur eigenen Zufriedenheit und der Zufriedenheit Dritter mit den Ärzten. Dies erscheint zunächst paradox, da die Fragen zur Detailzufriedenheit mit Aspekten des Arzt-Patienten-Verhältnisses hoch mit dem Summenscore korreliert sind. Wie schon diskutiert, liegt die Erklärung wohl in der zu hohen Schwierigkeit des Items, die zu einer zu geringen Trennschärfe führt. Es muss somit wohl eine insgesamt sehr ausgeprägte Unzufriedenheit vorausgesetzt sein, damit dieses Item als nicht positiv bewertet wird; demzufolge kann seine Korrelation mit einem Summenscore aus deutlich trennschärferen Items nicht besonders hoch sein.

Die hohen Korrelationen des Summenscores mit dem Ausmaß der Zufriedenheit mit der ärztlichen Zuwendung lassen den Schluss zu, dass diese Punkte für die Gesamtzufriedenheit der Patienten entscheidend sind. Items, die sich auf die Zufriedenheit mit der Wirksamkeit und Dosierung der Psychopharmaka beziehen, sind interessanterweise höher mit dem Summenscore korreliert als Items, die sich auf die Aufklärung des Patienten durch Ärzte und Pflegepersonal beziehen. Einzige Ausnahme ist das Item, das sich auf die während der Visite beantworteten Fragen bezieht.

Spezielle Aspekte der Behandlung und der Gesamtzufriedenheit im interklinischen Vergleich

In der vorliegenden Untersuchung fällt auf, dass die für die Gesamtzufriedenheit wichtigste Determinante, nämlich die Erfahrungen mit der ärztlichen Zuwendung, in Hofheim wesentlich positiver bewertet wird als in München. Der Effekt verstärkt sich, wenn man die Stichprobe um die Diagnose bereinigt, was die Ergebnisse entsprechender Studien, denen zu Folge die Diagnose eine Störvariable sein könnte, bestätigt. Augenscheinlich spielt der quantitative Aspekt der verfügbaren Zeit jedoch eine geringere Rolle. Klar hervor treten Items, die sich auf die Wertschätzung des Patienten als Individuum sowie als mündigen Partner im Hinblick auf die Steuerung des Behandlungserfolges beziehen.

Wird dem Patienten nicht nur „ein offenes Ohr“ für seine Sorgen, Nöte und Wünsche geliehen, sondern zugleich auch die Fähigkeit zugestanden, an Entscheidungsprozessen kompetent mitzuwirken, so scheint dies zu einer signifikanten Steigerung der Gesamtzufriedenheit zu führen. Eine – zunächst irritierend wirkende – Augenfälligkeit wäre allerdings besonders herauszustreichen.

Betrachtet man das Ausmaß, in dem positive Bewertungen in Hofheim häufiger als in München vergeben werden, so fallen in beiden Vergleichen die Items zur Zufriedenheit mit der medikamentösen Behandlung ins Auge. Beide Items werden relativ gesehen in Hofheim häufiger als „voll zufrieden“ bzw. „überwiegend zufrieden“ bewertet als in München. Gleichzeitig ändern sich die relativen Häufigkeiten schlechter Bewertungen kaum – wohl aber der Anteil derjenigen Patienten, die sich keine Antwort zutrauen bzw. sich nicht entscheiden können.

Wenn man nun die Veränderungen der Mittelwerte in der Bewertung der Items untersucht, so gehören zu den „Gewinnern“ in der Regel diejenigen, welche auch relativ gesehen mehr positive Bewertungen erhalten haben – mit zwei Ausnahmen: Der empfundenen Wirksamkeit und Dosierung der Medikamente. Dies führt zu folgender Vermutung:

Die Unzufriedenheit mit der medikamentösen Behandlung ist latent hoch, was sich in Unentschlossenheit oder gar Verweigerung von Patienten bei der Beantwortung entsprechender Fragen ausdrückt. Dies lässt jedoch keinen Schluss auf die objektive Wirksamkeit oder Adäquatheit der Dosierung der verabreichten Psychopharmaka zu: In Hofheim werden auch keine besseren Medikamente verordnet als in München. Vielmehr bemerkt es der Patient, wenn ihm Ärzte und Pflegepersonal nicht zutrauen, bei der Art und Weise, wie er behandelt wird, mitzubestimmen, und ihn demzufolge nicht in Entscheidungsprozesse mit einbeziehen bzw. ihm Informationen vorenthalten.

Ein Patient, dem keine Urteilskraft zugetraut wird, der als Kranker gesehen wird, welcher Hilfe empfängt, selbst aber nicht am Genesungsprozess mitwirkt, kurz: der entmündigt wird, der verliert nicht nur das Vertrauen in seine eigene Urteilskraft, sondern zweifelt auch die Kompetenz der ihn behandelnden Personen hinsichtlich solcher Entscheidungsprozesse an. Ob dieses Misstrauen bewusster oder unbewusster Natur ist, kann nicht beantwortet werden. Vorstellbar sind Gedanken wie „wenn der Arzt sich sicher wäre, ob er mir das Richtige in der richtigen Dosierung gibt, würde er mich besser darüber aufklären“, aber auch eine gesteigerte Selbstwahrnehmung durch eine zugestandene oder gar geforderte Mitbestimmung des Patienten.

Der Anteil fehlender Antworten in Hofheim ist nach wie vor hoch; es wäre also vermessen zu behaupten, dass dort keine (vermutete) latente Unzufriedenheit mit den Medikamenten vorhanden sei. In weiterführenden Untersuchungen wäre es aber sinnvoll, den diskutierten möglichen Zusammenhang zwischen Aufklärung und Zufriedenheit mit der Psychopharmakotherapie verstärkt zu analysieren.

Im Hinblick auf die Tauglichkeit des MFBB 24 als Instrument zur Messung von Patientenzufriedenheit zeigen die Ergebnisse, dass der verwendete Fragebogen offensichtlich sehr gut zwischen den drei Stichproben differenzieren kann. In beiden vorgenommenen Vergleichen wurden signifikante Unterschiede in der Globalzufriedenheit deutlich, und auch in

nahezu allen Items treten die Unterschiede in speziellen Aspekten der Zufriedenheit klar zu Tage. Die Reliabilität der Items wurde bereits oben diskutiert. Aus der Konstruktion des MFBB 24 (Teilfragebogen des MFBB) und den Ergebnissen ist weiterhin zu schließen, dass der Fragebogen ein valides Messinstrument für das Konstrukt der Patientenzufriedenheit ist. Weiter wurde mit dem Vergleich Hofheim – München (depressiv) bezüglich der Diagnose interne Validität erreicht, da die Diagnose als Störvariable identifiziert und kontrolliert werden konnte. Externe Validität der Studie konnte nicht vollständig erreicht werden, da – wie ebenfalls oben bereits diskutiert – ein Stichprobenbias nicht ausgeschlossen werden kann.

Schlussfolgerungen

In dieser Studie wurde versucht, das komplexe Phänomen der globalen Patientenzufriedenheit weiter zu erhellen, indem Vergleiche zwischen verschiedenen Kliniken angestellt wurden. In früheren Untersuchungen hat sich immer wieder die Bedeutung der Kommunikation und der Empathie von Ärzten und Pflegepersonal herauskristallisiert. Insbesondere hat sich bestätigt, dass eine – objektiv, d.h. aus medizinischer Sicht - qualitativ gute medikamentöse Behandlung nicht rational beurteilt wird, also dass die Wirklichkeit in diesem Punkt nicht mit der Wahrnehmung des Patienten übereinstimmt.

Dunkel (2001) merkt an, dass ein grundsätzliches Arzt- und Medikamentenvertrauen ausschlaggebend für die generelle Behandlungszufriedenheit ist. Dies konnte in dieser Untersuchung bestätigt werden; gleichzeitig stellt sich die Vermutung auf, dass beides dadurch positiv beeinflusst werden kann, dass die Behandelnden ein grundsätzliches Patientenvertrauen besitzen und dieses auch in Form von Aufklärung und Integration in den Behandlungsprozess kommunizieren. Patienten sind, wie viele Befragungen zeigen, mit den kommunikativen Aspekten ihrer Behandlung häufig unzufrieden. Von Helmchen (1998) stammt der Hinweis, dass in einer zunehmend verwissenschaftlichten, technisierten und evidenzbasierten Medizin ein Bedürfnis nach einer nicht nur krankheitsbezogenen,

sondern auch die individuellen Wertvorstellungen und Erfahrungen der Patienten einschließenden Kommunikation bestehe. Ergänzend ließe sich anführen, dass diese Wertschätzung mehr sein muss als die Anerkennung von Sorgen und Nöten. Vielmehr muss sie auch die Anerkennung des Patienten als mündiges Individuum umfassen. Es scheint an der Zeit zu sein, den Patienten weniger als gesund zu pflegenden Kranken zu sehen, welcher sich kompetenten Händen überlässt und passiv gesund „gemacht“ wird, sondern mehr als aktiv Mitwirkenden an seinem Gesundungsprozess, dem der Arzt zwar Hilfestellung gibt, der jedoch seinen eigenen, wichtigen Teil zu seiner Genesung beiträgt. Das Ausmaß, in dem ein Patient sich als Partner in der Behandlungsaufgabe ernst genommen fühlt, scheint ein wichtiger Qualitätsindikator mit direkter und indirekter Wirkung auf die wahrgenommene Qualität anderer Behandlungsaspekte zu sein.

Solche die Qualität bestimmenden Faktoren lassen sich jedoch nur identifizieren, wenn Patientenbefragungen gezielt Unzufriedenheiten mit einzelnen Behandlungsaspekten abfragen und, sei es im Vergleich mit anderen Einrichtungen oder im Vergleich über mehrere Zeitpunkte, auch die Veränderungen in der Gesamtzufriedenheit, wenn diese Faktoren auf verschiedenen Stufen stehen. Erst dann kann abschließend geklärt werden, welche Faktoren ursächlich zur Qualität beitragen und welche nur scheinbaren Einfluss haben. Obgleich es sich dabei nicht um kontrollierte Experimente, sondern um Feldforschung handelt, könnten Verfahren der Varianzanalyse dann statistische Nachweise liefern, an welchen „Stellrädchen“ eine Einrichtung drehen muss, um ihre Qualität nachhaltig zu sichern und zu verbessern. Empirische Forschung, die eine solche Richtung einschlägt, kann möglicherweise die Evidenz liefern, dass Unzufriedenheit mit speziellen Behandlungsaspekten ein validerer Indikator für Behandlungsqualität sein kann als die Messung von Globalzufriedenheit oder bereichsspezifischer Summenscores.

6 Zusammenfassung

Patientenzufriedenheit wird häufig als Indikator für die Qualität von Gesundheitsdienstleistungen herangezogen. Die Herausforderung liegt dabei in der Entwicklung valider Messinstrumente, die erstens den Einfluss einer objektiv guten Behandlung auf die subjektive Zufriedenheit aufzudecken vermögen und zweitens eine Differenzierung resignativer Anpassung von echter Zufriedenheit in der Ausnahmesituation einer Hospitalisierung erlauben.

Empirische Studien weisen stets sehr hohe Zufriedenheitsraten auf und lassen deshalb darauf schließen, dass das zweite Problem bisher möglicherweise unbefriedigend gelöst ist. Allerdings schließt eine hohe globale Zufriedenheit nicht die Unzufriedenheit mit einzelnen Behandlungsaspekten aus. Ein methodisches Instrument, das zwischen globaler Zufriedenheit und der Zufriedenheit mit speziellen Aspekten der medizinischen Versorgung differenziert, ist der Münchner Fragebogen zur Behandlungsbewertung (MFBB-24, Möller-Leimkühler et al. 2002a). In der vorliegenden Studie wird dieser Fragebogen anhand eines Vergleichs der Patientenzufriedenheit in zwei psychiatrischen Kliniken weiter validiert. Dabei handelt es sich um die private Fachklinik Hofheim und die Klinik/Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der LMU München.

92 Patienten aus Hofheim und 161 Patienten aus München wurden kurz vor ihrer Entlassung mit dem MFBB-24 befragt. Verglichen wurden neben der Gesamtzufriedenheit auch einzelne Aspekte der Behandlung. In der Gesamtzufriedenheit erreichte der überwiegende Teil der Patienten eher hohe Werte, und selbst bei Items, die schlecht abschnitten, zeigten sich immer noch über 40% der Patienten zufrieden. Bezüglich spezieller Aspekte der Behandlung wurde Kritik deutlich ausgesprochen, wobei im Vordergrund der Umfang und die Qualität der ärztlichen Zuwendung standen. Letztere äußert sich interessanterweise eher indirekt über die Bewertung objektiver Faktoren wie der Wirksamkeit und Dosierung der Medikamente. Die für die Gesamtzufriedenheit wichtigste Determinante, nämlich die Erfahrungen mit der ärztlichen Zuwendung, wurde in Hofheim wesentlich positiver bewertet als

in München. Dieser Effekt verstärkt sich, wenn man die Stichprobe um die Diagnose bereinigt.

Im Hinblick auf die Tauglichkeit des MFBB 24 als Instrument zur Messung von Patientenzufriedenheit zeigen die Ergebnisse, dass der verwendete Fragebogen offensichtlich sehr gut zwischen unterschiedlich strukturierten Kliniken differenzieren kann. In den vorgenommenen Vergleichen wurden signifikante Unterschiede in der Globalzufriedenheit deutlich, und auch in nahezu allen Items treten die Unterschiede in speziellen Aspekten der Zufriedenheit klar zu Tage. Die Reliabilität der Items ist durchgängig ausreichend hoch. Aus den Ergebnissen kann geschlossen werden, dass der Fragebogen ein valides Messinstrument für das Konstrukt der Patientenzufriedenheit ist.

Hinsichtlich der Zufriedenheitsbildung wird deutlich, dass das Ausmaß, in dem Patienten sich als Partner in der Behandlungsaufgabe ernst genommen fühlen, ein wichtiger Qualitätsindikator mit direkter und indirekter Wirkung auf die wahrgenommene Qualität anderer Behandlungsaspekte zu sein scheint. Dieser mögliche Zusammenhang zwischen Aufklärung bzw. Partizipation und Zufriedenheit sollte in zukünftigen Studien weiter untersucht werden.

7 Literatur

Abele A, Becker P (Hrsg) (1991): Wohlbefinden. Theorie – Empirie – Diagnostik. Juventa, Weinheim München

Attkison MJ, Caldwell L (1997): The differential effects of mood on patients' ratings of life quality and satisfaction with their care. Journal of affective disorders 44: 169-175

Attkisson CC, Zwick R (1982): The client satisfaction questionnaire. Evaluation and program planning. 5 : 233-237

Avis, M., Bond, M. & Arthur, A. (1997): Questioning patient satisfaction: An empirical investigation in two outpatient clinics. Social Science and Medicine, 44, 85-92.

Baker L, Zucker PJ, Gross MJ, (1998): Using client satisfaction surveys to evaluate and improve services in locked and unlocked adult inpatient Facilities. The J of Behavioral Health Services and Research 25: 51-62

Barker DA, Sukhwinder SS, Higginson, Orrell MW (1996): Patient's views towards care received from psychiatrists. British Journal Psychiatry 168: 641-646

Berger M (1983): Toward maximizing the utility of consumer satisfaction as an outcome. In: Lamber MJ, Christensen ER, De Julio SS (Hrsg): The assessment of psychotherapy outcome. New York: John Wiley & Sons

Blenkiron P (1988): Referral to a psychiatric clinic: what do patients expect? Int J Health Care Quality Assurance 11(6): 188-192

Böcker FM (1989): Zufriedenheit psychisch Kranker mit der psychiatrischen Klinikbehandlung. Psycho 15: 34-42

Böker W (1980): Der Arzt als Dolmetscher. Psycho 6: 381-382

Bossert S, Wiegand M, Schmölz H, Paessens H, Krieg JC (1990): Stationäre Behandlung im Urteil von Patienten mit verschiedenen Erkrankungen. Prax Psychother Psychosom 35: 323-328

Bruggemann A (1974): Zur Unterscheidung verschiedener Formen von "Arbeitszufriedenheit". Arbeit Leistung 28: 281-284

Burkens CJ (1976): Effizienz- und Qualitätssicherung in der Medizin. Zeitschrift für Organisation: 411-415

Burns DD (1981): Analyse der Einstellungs-Compliance. In: Linden M, Hautzinger M (Hrsg): Psychotherapie-Manual. Springer, Berlin, zitiert aus Linden et al. 1988

Cameron R (1978): The clinical implementation of behaviour change techniques. In: Foreyt JP, Rathjen DP (Hrsg): Cognitive behaviour therapy. Plenum, New York, zitiert aus Linden et al. 1988

Campbell A, Converse PE, Rodgers WL (1976): The quality of life. Sage, New York

Clade H (2000): Hohe Zufriedenheit. Deutsches Ärzteblatt 97: 1244-1245

Cohen, G. (1996): Age and health status in a patient satisfaction survey. Social Science and Medicine, 42, 1085-1093

de Ridder D, Depla M, Severens P, Malsch M (1997) : Beliefs on coping with illness: a consumer's perspective. Soc Sci Med 44(5): 553-559

Dunkel R (2001): Behandlungsabhängige und behandlungsunabhängige Patientenmerkmale und Zufriedenheit mit der stationären psychiatrischen Behandlung. Dissertation zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin an der Medizinischen Fakultät der LMU München. 66-75

Dyck RJ, Azim HFA (1983): Patient satisfaction in a psychiatric walk-in clinic. Can J Psychiatry 28: 30-33

Eichhorn S (1977): Qualitäts- und Effizienzbeurteilung in der Krankenhausversorgung Dt. Ärzteblatt ff zitiert nach:
<http://www.medizininfo.de/quality/html/basics2.html>)

Elbeck M, Fecteau G (1990): Improving the validity of measures of patient satisfaction with psychiatric care and treatment. Hosp Community Psychiatry 41: 998-1001

Erzberger, C., Derivaux, J.C. & Ruhstrat, E.U. (1989): Der zufriedene Patient? Medizin, Mensch, Gesellschaft, 14, 140-145.

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

Fahrenberg, J., Hampel, R. & Selg, H. (1989): Das Freiburger Persönlichkeitsinventar: FPI. Göttingen: Hogrefe.

Fahrenberg, J., Myrtek, M., Schumacher, J. & Brähler, E. (2000): Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ). Göttingen: Hogrefe.

Fassl H (1977): Fachinterne Qualitäts- und Effizienzicherung im Ärztlichen Betreuungssystem SH Ärzteblatt 1977, 5

Fischer JD und Farina A (1979): Consequences of beliefs about the nature of mental illness. Abnorm Psychol 88: 320-327, zitiert aus Linden et al. 1988

Fitzpatrick, R. (1991): Surveys of patient satisfaction: I – Important general considerations. British Medical Journal, 302, 887-889.

Fitzpatrick, R. & Hopkins, A. (1983): Problems in the conceptual framework of patient satisfaction research: An empirical exploration. Sociology of Health and Illness, 5, 297-311.

Frey G: Patientenzufriedenheit.
[URL:http://www.patientenzufriedenheit.de/studien.htm](http://www.patientenzufriedenheit.de/studien.htm) 03.08.99, zitiert aus Dunkel 2001

Greenwood N, Key A, Burns T, Bristow M, Sedgwick P (1999): Satisfaction with in-patient psychiatric services. 174: 159-163

Gruyters T und Pribe S, (1992): Die Bewertung psychiatrischer Behandlungen durch die Patienten – eine Studie zu ihrer Erfassungsmethodik und zeitlichen Stabilität. Fortschr Neurol Psychiatr. 60: 140-145

Hahn A (1990): Selbstbezogene Informationsverarbeitung bei Personen mit unterschiedlichen Angstkonzepten: Selbstschema – oder Stimmungs – Kongruenz – Effekt? <http://userpage.fu-berlin.de/~ahahn/diplom/kap3.htm> - 22.Juli.1995

Hall, J.A. & Dornan, M.C. (1988): What patients like about their care and how often they are asked: A meta – analysis of the satisfaction literature. Social Science and Medicine, 27, 935-939.

Hancock (1991): An assessment on patient satisfaction in hospital. AARN News Lett 47(10): 28-29

Hansson L (1989): Patient satisfaction with in-hospital psychiatric care. Eur Arch Psychiatr Neurol Sci 239: 93-100

Hansson L, Björkman T, Berglund I (1993): What is important in psychiatric inpatient care? Quality of care from the patients perspective. Quality Assurance in Health Care 5: 41-47

Haring C (1983): Interferenzphänomene in der Psychopathologie. Spektrum Psychiatr Nervenheilk 12: 69-72 zitiert aus Linden et al. 1988

Hayashi N, Yamashina M, Igarashi Y (1999): Awareness of being a patient and its relevance to insight into illness in patients with schizophrenia. Comprehensive Psychiatry 40: 377-385

Heinemann, A.W., Bode, R., Cichowski, K.C. & Kan, E. (1997): Measuring patient satisfaction with medical rehabilitation. Journal of Rehabilitation Outcomes Measurement, 1, 52-65.

Helmchen P (1998): Mutual patient-psychiatrist communication and the therapeutic contract. Comprehensive Psychiatry 39(1): 5-10

Hermann RC, Ettner SL, Dorwart RA (1998): The influence of psychiatric disorders on patient ratings of satisfaction with health care. Medical Care 36(5): 720-727

Hoff RA, Rosenheck RA, Meterko M, Wilson NJ (1999): Mental illness as a predictor of satisfaction with inpatient care at veterans affairs hospital. Psychiatric Services 50: 680-685

Holloway F, Carson J (1999): Subjective quality of life, psychopathology, satisfaction with care and insight: an exploratory study. International Journal of Social Psychiatry, 45(4): 259-267

Holm K (Hrsg) (1976): Die Befragung 4. Francke, München

Inglehart R (1989): Kultureller Umbruch. Wertwandel in der westlichen Welt. Campus, Frankfurt New York

Ipsen D (1978): Das Konstrukt Zufriedenheit. Soz. Welt 1: 44-53

Isen, A.M. (1984): Toward understanding the role of affect in cognition. In R.S. Wyer & T.K. Srull (Eds.), Handbook of social cognition. 3: 179-236

Joos, S.K., Hickham, D.H. & Borders, L.M. (1993): Patients desires and satisfaction in general medicine clinics. Public Health Reports, 108, 751-759.

Jungkunz G, Khazaeli A, Gsell W (1999): Wie beurteilen psychiatrische Patienten ihre Behandlung in einem Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie. Psychopharmakotherapie 6: 8-14

Kallert TW (1991): Patienten mit depressiven Erkrankungen bewerten nach Entlassung die therapeutischen Angebote einer Klinikbehandlung. Psychiatr. Praxis 18: 178-185

Kalman TP (1983): An overview of patient satisfaction treatment. Hosp Community Psychiatry 34: 48-54

Keith, R.A. (1998): Patient satisfaction and rehabilitation services. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 79, 1122-1128.

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

Koivumaa-Honkanen HT, Honkanen R, Antikainen R, Hintikka J, Viinamäki H (1999): Self-reported life satisfaction with schizophrenia, major depression and anxiety disorder. Acta Psychiatr Scand 99: 377-384

Koivumaa-Honkanen HT, Viinamäki H, Honkanen R, Tanskanen A, Antikainen R, Niskanen L, Jääskeläinen J, Lehtonen J (1996): Correlates of life satisfaction among psychiatric patients. Acta Psychiatr Scand 94: 372-378

Kordy H, von Rad M, Senf W (1990): Therapeutische Faktoren bei stationärer Psychotherapie – die Sicht der Patienten. Psychother Psychosom Med Psychol 40: 3880-3887

Kröber HL (1993): Krankheitserleben und Krankheitsverarbeitung bipolar manisch-depressiver Patienten. Fortschr Neurol Psychiat 61: 267-273

Landesvertretung Hessen der VdAK/AEV (1999): Nicht jeder Arztbesuch erfordert ein Rezept. In www.sozialnetz-hessen.de

Langewitz W, Keller A, Denz M, Woessmer – Buntschu B, Kiss A (1995): Patientenzufriedenheits-Fragebogen (PZF): Ein taugliches Mittel zur Qualitätskontrolle der Arzt – Patient – Beziehung ? Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 45(9-10): 351-357

Lantermann, E.D. (1983): Kognitive und emotionale Prozesse beim Handeln. In H. Mandl & G.L. Huber (Hrsg.), Emotion und Kognition. München Urban und Schwarzenberg

Lazarus RS, Folkman S (1984): Stress, appraisal and coping. Springer, Berlin Heidelberg New – York

Le Vois M, Nguyen TD, Attkisson CC (1981): Artefact in client satisfaction assessment. Evaluation and Program Planning 4 : 139-150

Lebow JL (1983): Research assessing consumer satisfaction with mental health treatment: a review of findings. Evaluation and Program Planning 6: 211-236

Leese M, Johson S, Slade M, Parkman S, Kelly F, Phelan M, Thornicroft G (1998): User perspective on needs and satisfaction with mental health services. British Journal of Psychiatry 173: 409-415

Leimkühler AM, Müller U (1996): Patientenzufriedenheit – Artefakt oder soziale Tatsache? *Nervenarzt*, 67: 765-73

Like, R. & Zyzanski, J. (1987): Patient satisfaction with the clinical encounter: Social psychological determinants. *Social Science and Medicine*, 24, 351-357.

Linden M (1980): Compliance und Compliance-Modifikationen. In: Brengelmann JC (Hrsg): *Entwicklung der Verhaltenstherapie in der Praxis*. Röttger, München

Linden M, Nather J, Wilms HU (1988): Zur Definition, Bedeutung und Messung der Krankheitskonzepte von Patienten. Die Krankheitskonzeptskala für schizophrene Patienten. *Fortschritte Neurol Psychiat* 56: 35-43

Linder – Pelz, S. (1982): Social psychological determinants of patient satisfaction: A test of five hypotheses. *Social Science and Medicine*, 16, 583-589.

MacDonald L, Sibbald B, Hoare C (1988): Measuring patient satisfaction with life in a long-stay psychiatric hospital. *Int J Soc Psychiatry* 34: 292-304

Mayer, J.D. (1985): How mood influences cognition. In N.E. Sharkey (Ed.), *Advances in cognitive science*. 1: 290-314

Mayring, P (Hrsg.). 1991: Die Erfassung des subjektiven Wohlbefindens. In: Abele / Becker P (Hrsg): *Wohlbefinden. Theorie – Empirie – Diagnostik* (51-70). Weinheim und München: Juventa.

McLean A (1995): Empowerment and the psychiatric consumer/ex – patient movement in the United States: contradictions, crises and change. *Soc Sci Med* 40(8): 1053-1071

Meffert, H (1992): Marketingforschung und Käuferverhalten, 2. Auflage
Gabler, Wiesbaden

Möller – Leimkühler AM, Dunkel R, Müller P, Pukies G, de Fazio S, Lehmann E (2002a): Is patient satisfaction a unidimensional construct? Factor analysis of the Munich Patient Satisfaction Scale (MPSS-24), European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience 252: 19-23

Möller – Leimkühler AM, Dunkel R, Müller P (2002b): Determinanten der Patientenzufriedenheit: behandlungsbezogene und klinische Variablen, subjektives Krankheitskonzept und Lebensqualität, Fortschr Neurol Psychiat 70: 410-417

Nguyen TD, Attkisson CC, Stegner BL (1983): Assessment of patient satisfaction. Development and refinement of a service evaluation questionnaire. Evaluation and Program Planning 6: 185-210

Oliver, R.L. (1993): Cognitive, affective, and attribute bases of the satisfaction response. Journal of Consumer Research, 20, 418-430.

Parasuraman, A., Zeithaml, V. & Berry, L. L. (1985): A conceptual model of service quality and its complications for future research. Journal of marketing, 49, 41-50.

Parsons, T. (1951):. The social system. New York: Free Press

Pascoe, G.C. & Attkisson, C.C. (1983): The evaluation ranking scale: A new methodology for assessing satisfaction. Evaluation and Program Planning, 6, 335-347.

Pschyrembel (1994): Klinisches Wörterbuch. 257. Auflage, Walter de Gruyter, Berlin New York

Raspe, H., Weber, U., Voigt, S., Kosinski, A. & Petras, H. (1997): Qualitätssicherung durch Patientenbefragungen in der medizinischen Rehabilitation: Wahrnehmungen und Bewertungen von Rehastrukturen und –prozessen („Rehabilitandenzufriedenheit“). *Rehabilitation*, 36, XXXI – XLII.

Razali SM, Khan UA, Hasanah CL (1996): Belief in supernatural causes of mental illness among Malay patients impact on treatment. *Acta Psychiatr Scand* 94: 229-233

Rentrop M, Böhm A, Kissling W (1999): Patientenzufriedenheit mit stationärer psychiatrischer Behandlung. *Fortschr Neurol Psychiatrie* 67: 456-465

Roberts BL, Fitzpatrick JJ (1994): Margin in life among hospitalised and non-hospitalised elderly persons. *International Journal of Nursing Studies*. 31(6): 573-582

Ross, C.K., Steward, C.A. & Sinacore, J.M. (1993): The importance of patient preferences in the measurement of health care satisfaction. *Medical Care*, 31, 1138-1149.

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

Simon, H. (1982): Affect and cognition: Comments. In M.S. Clark & S.T. Fiske (Hrsg.): *Affect and cognition*: 333-342, Hillsdale, NJ: L.Erlbaum

Sixma, H.J., Spreeuwenberg, P.M & von der Pasch, M.A. (1998): Patient satisfaction with the general practitioner: A two-level analysis, *Medical Care*, 36, 212-229.

Speedling, E.J. & Rose, D.N. (1985): Building an effective doctor – patient-relationship: From patient satisfaction to patient participation. *Social Science and Medicine*, 21, 115-120.

Svensson B, Hansson L (1994): Patient satisfaction with inpatient psychiatric care. *Acta Psychiatr Scand* 90: 379-384

Swan, J.E., Sawyer, J.C., Van Matre, J.G. & McGee, G.W. (1985): Deepening the understanding of hospital patient satisfaction: Fulfillment and equity effects. *Journal of Health Care Marketing*, 5, 7-18.

van Eimeren W (1977): Qualitätskontrolle in der Medizin. *Münchener Medizinische Wochenschrift* 119: 1447-8

von Ferber, Liselotte (2000): Arzneimittelverordnungen: Patienten erwarten nicht immer ein Rezept. *Deutsches Ärzteblatt* 97(26): A-1794

Wallstone KA, Wallstone BS, Devellis R (1978): Development of the multidimensional Health Locus of Control (MHLC) scales. *Health Educ Monogr* 6: 160-171, zitiert aus Linden et al. 1988

Waniek W (1977): Psychiatrische Patienten beurteilen die Behandlungsmöglichkeiten ihrer Klinik. *Psychiatr Praxis* 4: 237-242

Ware JE, Snyder MK, Wright WR, Davies AR (1983): Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning* 6: 247-263

Williams B, Coyle J, Healy D (1998): The meaning of patient satisfaction: An explanation of high reported levels. *Social Science and Medicine* 47(9): 1351-1359

Windgassen K (1989): Schizophreniebeurteilung aus der Sicht der Patienten. Untersuchungen des Behandlungsverlaufes und der neuroleptischen Therapie unter pathischem Aspekt. Springer, Berlin Heidelberg New York

8 Verzeichnis der Tabellen und Abbildungen

Tabellen (Hauptteil):

Tabelle 1: Bewertung spezieller Aspekte der Behandlung in Hofheim	34
Tabelle 2: Spearman-Rangkorrelationen der 24 Items mit dem Summenscore (Gesamtzufriedenheit) in Hofheim	46
Tabelle 3: Bewertung spezieller Aspekte der Behandlung in München	49
Tabelle 4: Vergleich der prozentualen Bewertungen einzelner Behandlungsaspekte in München und Hofheim	52
Tabelle 5: Vergleich der prozentualen Antworthäufigkeiten in München und Hofheim (Unterschied in Prozentpunkten)	54
Tabelle 6: Mittlere Gesamtzufriedenheit, Standardabweichung und Standardfehler in München und Hofheim	58
Tabelle 7: Levene-Test auf Varianzhomogenität und t-Test auf Mittelwertsdifferenzen zum Vergleich der Gesamtzufriedenheit in München und Hofheim	59
Tabelle 8: Bewertung spezieller Aspekte der Behandlung durch die depressiven Patienten in München	60
Tabelle 9: Vergleich der prozentualen Antworthäufigkeiten in München und Hofheim	62
Tabelle 10: Vergleich der prozentualen Antworthäufigkeiten in München und Hofheim (Unterschied in Prozentangaben)	64
Tabelle 11: Mittlere Gesamtzufriedenheit, Standardabweichung und Standardfehler in München (depressive Patienten) und Hofheim	69
Tabelle 12 : Levene-Test auf Varianzhomogenität und t-Test auf Mittelwertsdifferenzen zum Vergleich der Gesamtzufriedenheit in München (depressive Patienten) und Hofheim	70

Tabellen (Anhang):

Tabelle 13: Häufigkeiten der Antworten bezüglich der Items in Hofheim	93
Tabelle 14: Häufigkeiten der Antworten bezüglich der Items in München	99

Tabelle 15: Häufigkeiten der Antworten bezüglich der Items in München (depressive Patienten)	106
---	-----

Abbildungen:

Abbildung 1: Boxplot zum Vergleich der Gesamtzufriedenheit in München und Hofheim	58
Abbildung 2: Boxplot zum Vergleich der Gesamtzufriedenheit in München (depressive Patienten) und Hofheim	69

9 Anhang

Tabelle 13: Häufigkeiten der Antworten bezüglich der Items in Hofheim

Die Ärzte sprechen mit mir ausführlich über meine Erkrankung.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid voll	58	63,0	63,0	63,0
überwiegend	29	31,5	31,5	94,6
unentschieden	5	5,4	5,4	100,0
Total	92	100,0	100,0	

Die Ärzte interessieren sich für meine Sorgen.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid voll	59	64,1	64,1	64,1
überwiegend	27	29,3	29,3	93,5
unentschieden	5	5,4	5,4	98,9
eher nicht	1	1,1	1,1	100,0
Total	92	100,0	100,0	

Ich habe häufig an den Ärzten etwas auszusetzen. *

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid voll	50	54,3	58,1	58,1
überwiegend	24	26,1	27,9	86,0
unentschieden	7	7,6	8,1	94,2
eher nicht	1	1,1	1,2	95,3
gar nicht	4	4,3	4,7	100,0
Total	86	93,5	100,0	
Missing System	6	6,5		
Total	92	100,0		

* Frage umkodiert

**Ich werde soweit wie möglich vom Arzt in die Entscheidungen über meine
Behandlung mit einbezogen.**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	voll	50	54,3	56,2	56,2
	überwiegend	25	27,2	28,1	84,3
	unentschieden	10	10,9	11,2	95,5
	eher nicht	3	3,3	3,4	98,9
	gar nicht	1	1,1	1,1	100,0
	Total	89	96,7	100,0	
Missing	System	3	3,3		
Total		92	100,0		

Die Ärzte sind gut ausgebildet.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	voll	55	59,8	61,8	61,8
	überwiegend	25	27,2	28,1	89,9
	unentschieden	7	7,6	7,9	97,8
	eher nicht	1	1,1	1,1	98,9
	gar nicht	1	1,1	1,1	100,0
	Total	89	96,7	100,0	
Missing	System	3	3,3		
Total		92	100,0		

Oft haben die Ärzte zu wenig Zeit, um auf meine Sorgen und Wünsche einzugehen

*

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	voll	36	39,1	41,9	41,9
	überwiegend	31	33,7	36,0	77,9
	unentschieden	6	6,5	7,0	84,9
	eher nicht	6	6,5	7,0	91,9
	gar nicht	7	7,6	8,1	100,0
	Total	86	93,5	100,0	
Missing	System	6	6,5		
Total		92	100,0		

Ich habe nach der Visite oft noch Fragen. *

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	voll	34	37,0	43,0	43,0
	überwiegend	33	35,9	41,8	84,8
	unentschieden	7	7,6	8,9	93,7
	eher nicht	1	1,1	1,3	94,9
	gar nicht	4	4,3	5,1	100,0
	Total	79	85,9	100,0	
Missing	System	13	14,1		
Total		92	100,0		

* Frage umkodiert

Das Verhältnis der Ärzte zu den Patienten ist gut.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	voll	52	56,5	57,1	57,1
	überwiegend	29	31,5	31,9	89,0
	unentschieden	7	7,6	7,7	96,7
	eher nicht	2	2,2	2,2	98,9
	gar nicht	1	1,1	1,1	100,0
	Total	91	98,9	100,0	
Missing	System	1	1,1		
Total		92	100,0		

Ich fühle mich von den Ärzten verstanden.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	voll	52	56,5	57,1	57,1
	überwiegend	27	29,3	29,7	86,8
	unentschieden	6	6,5	6,6	93,4
	eher nicht	6	6,5	6,6	100,0
	Total	91	98,9	100,0	
Missing	System	1	1,1		
Total		92	100,0		

Die Ärzte tun nur das Nötigste. *

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	voll	44	47,8	51,8	51,8
	überwiegend	22	23,9	25,9	77,6
	unentschieden	8	8,7	9,4	87,1
	eher nicht	4	4,3	4,7	91,8
	gar nicht	7	7,6	8,2	100,0
	Total	85	92,4	100,0	
Missing	System	7	7,6		
Total		92	100,0		

* Frage umkodiert

Die Medikamente helfen mir mich gesünder zu fühlen.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	voll	30	32,6	37,5	37,5
	überwiegend	27	29,3	33,8	71,3
	unentschieden	13	14,1	16,3	87,5
	eher nicht	7	7,6	8,8	96,3
	gar nicht	3	3,3	3,8	100,0
	Total	80	87,0	100,0	
Missing	System	12	13,0		
Total		92	100,0		

Die Dosierung meiner Medikamente ist genau richtig.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	voll	38	41,3	46,9	46,9
	überwiegend	18	19,6	22,2	69,1
	unentschieden	19	20,7	23,5	92,6
	eher nicht	3	3,3	3,7	96,3
	gar nicht	3	3,3	3,7	100,0
	Total	81	88,0	100,0	
Missing	System	11	12,0		
Total		92	100,0		

Es werden genug Einzelgespräche angeboten.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	voll	43	46,7	47,8	47,8
	überwiegend	31	33,7	34,4	82,2
	unentschieden	4	4,3	4,4	86,7
	eher nicht	10	10,9	11,1	97,8
	gar nicht	2	2,2	2,2	100,0
	Total	90	97,8	100,0	
Missing	System	2	2,2		
Total		92	100,0		

Bei der Visite wird mehr über die Patienten gesprochen als mit ihnen. *

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	voll	35	38,0	47,9	47,9
	überwiegend	19	20,7	26,0	74,0
	unentschieden	12	13,0	16,4	90,4
	eher nicht	3	3,3	4,1	94,5
	gar nicht	4	4,3	5,5	100,0
	Total	73	79,3	100,0	
Missing	System	19	20,7		
Total		92	100,0		

* Frage umkodiert

Es kommt öfter vor, daß sich Patienten über Ärzte beschweren. *

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	voll	20	21,7	23,0	23,0
	überwiegend	35	38,0	40,2	63,2
	unentschieden	23	25,0	26,4	89,7
	eher nicht	7	7,6	8,0	97,7
	gar nicht	2	2,2	2,3	100,0
	Total	87	94,6	100,0	
Missing	System	5	5,4		
Total		92	100,0		

* Frage umkodiert

Ärzte und andere Mitarbeiter arbeiten schlecht zusammen. *

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	voll	40	43,5	47,6	47,6
	überwiegend	29	31,5	34,5	82,1
	unentschieden	8	8,7	9,5	91,7
	eher nicht	3	3,3	3,6	95,2
	gar nicht	4	4,3	4,8	100,0
	Total	84	91,3	100,0	
Missing	System	8	8,7		
Total		92	100,0		

* Frage umkodiert

An den Schwestern und Pflegern habe ich oft etwas auszusetzen. *

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	voll	55	59,8	63,2	63,2
	überwiegend	18	19,6	20,7	83,9
	unentschieden	9	9,8	10,3	94,3
	eher nicht	1	1,1	1,1	95,4
	gar nicht	4	4,3	4,6	100,0
	Total	87	94,6	100,0	
Missing	System	5	5,4		
Total		92	100,0		

* Frage umkodiert

Wenn man sie braucht, sind die Schwestern und Pfleger für einen da.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	voll	58	63,0	65,2	65,2
	überwiegend	19	20,7	21,3	86,5
	unentschieden	6	6,5	6,7	93,3
	eher nicht	4	4,3	4,5	97,8
	gar nicht	2	2,2	2,2	100,0
	Total	89	96,7	100,0	
Missing	System	3	3,3		
Total		92	100,0		

Die Erklärung der Schwestern und Pfleger sind oft schlecht verständlich. *

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	voll	47	51,1	55,3	55,3
	überwiegend	27	29,3	31,8	87,1
	unentschieden	5	5,4	5,9	92,9
	eher nicht	2	2,2	2,4	95,3
	gar nicht	4	4,3	4,7	100,0
	Total	85	92,4	100,0	
Missing	System	7	7,6		
Total		92	100,0		

* Frage umkodiert

Die Pflegekräfte haben ein gutes Verhältnis zu den Patienten.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	voll	47	51,1	51,6	51,6
	überwiegend	30	32,6	33,0	84,6
	unentschieden	9	9,8	9,9	94,5
	eher nicht	3	3,3	3,3	97,8
	gar nicht	2	2,2	2,2	100,0
	Total	91	98,9	100,0	
Missing	System	1	1,1		
Total		92	100,0		

Die Pflegekräfte tun nur das Nötigste. *

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	voll	37	40,2	43,5	43,5
	überwiegend	27	29,3	31,8	75,3
	unentschieden	10	10,9	11,8	87,1
	eher nicht	3	3,3	3,5	90,6
	gar nicht	8	8,7	9,4	100,0
	Total	85	92,4	100,0	
Missing	System	7	7,6		
Total		92	100,0		

* Frage umkodiert

Ich fühle mich vom Pflegepersonal verstanden.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	voll	55	59,8	60,4	60,4
	überwiegend	21	22,8	23,1	83,5
	unentschieden	10	10,9	11,0	94,5
	eher nicht	5	5,4	5,5	100,0
	Total	91	98,9	100,0	
Missing	System	1	1,1		
Total		92	100,0		

Schwestern und Pfleger bleiben auch in kritischen Situationen ruhig.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	voll	47	51,1	52,2	52,2
	überwiegend	30	32,6	33,3	85,6
	unentschieden	11	12,0	12,2	97,8
	eher nicht	1	1,1	1,1	98,9
	gar nicht	1	1,1	1,1	100,0
	Total	90	97,8	100,0	
Missing	System	2	2,2		
Total		92	100,0		

Mit meinen sozialen Problemen stehe ich alleine da. *

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	voll	43	46,7	50,6	50,6
	überwiegend	21	22,8	24,7	75,3
	unentschieden	15	16,3	17,6	92,9
	eher nicht	2	2,2	2,4	95,3
	gar nicht	4	4,3	4,7	100,0
	Total	85	92,4	100,0	
Missing	System	7	7,6		
Total		92	100,0		

* Frage umkodiert

Tabelle 14: Häufigkeiten der Antworten bezüglich der Items in München

Die Ärzte sprechen mit mir ausführlich über meine Erkrankung.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	voll	74	46,0	47,4	47,4
	überwiegend	44	27,3	28,2	75,6
	unentschieden	18	11,2	11,5	87,2
	eher nicht	18	11,2	11,5	98,7
	gar nicht	2	1,2	1,3	100,0
	Total	156	96,9	100,0	
Missing	-1	5	3,1		
Total		161	100,0		

Die Ärzte interessieren sich für meine Sorgen.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	voll	72	44,7	46,5	46,5
	überwiegend	45	28,0	29,0	75,5
	unentschieden	21	13,0	13,5	89,0
	eher nicht	15	9,3	9,7	98,7
	gar nicht	2	1,2	1,3	100,0
	Total	155	96,3	100,0	
Missing	-1	6	3,7		
Total		161	100,0		

Ich habe häufig an den Ärzten etwas auszusetzen.*

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	voll	74	46,0	47,4	47,4
	überwiegend	41	25,5	26,3	73,7
	unentschieden	24	14,9	15,4	89,1
	eher nicht	12	7,5	7,7	96,8
	gar nicht	5	3,1	3,2	100,0
	Total	156	96,9	100,0	
Missing	-1	5	3,1		
Total		161	100,0		

* Frage umkodiert

Ich werde soweit wie möglich vom Arzt in die Entscheidungen über meine Behandlung mit einbezogen.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	voll	52	32,3	33,3	33,3
	überwiegend	51	31,7	32,7	66,0
	unentschieden	23	14,3	14,7	80,8
	eher nicht	21	13,0	13,5	94,2
	gar nicht	9	5,6	5,8	100,0
	Total	156	96,9	100,0	
Missing	-1	5	3,1		
Total		161	100,0		

Die Ärzte sind gut ausgebildet.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	voll	80	49,7	52,3	52,3
	überwiegend	47	29,2	30,7	83,0
	unentschieden	24	14,9	15,7	98,7
	eher nicht	2	1,2	1,3	100,0
	Total	153	95,0	100,0	
Missing	-1	8	5,0		
Total		161	100,0		

Oft haben die Ärzte zu wenig Zeit, um auf meine Sorgen und Wünsche einzugehen. *

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	voll	35	21,7	23,0	23,0
	überwiegend	43	26,7	28,3	51,3
	unentschieden	29	18,0	19,1	70,4
	eher nicht	27	16,8	17,8	88,2
	gar nicht	18	11,2	11,8	100,0
	Total	152	94,4	100,0	
Missing	-1	9	5,6		
Total		161	100,0		

* Frage umkodiert

Ich habe nach der Visite oft noch Fragen. *

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	voll	40	24,8	26,3	26,3
	überwiegend	47	29,2	30,9	57,2
	unentschieden	24	14,9	15,8	73,0
	eher nicht	29	18,0	19,1	92,1
	gar nicht	12	7,5	7,9	100,0
	Total	152	94,4	100,0	
Missing	-1	9	5,6		
Total		161	100,0		

* Frage umkodiert

Das Verhältnis der Ärzte zu den Patienten ist gut.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	voll	67	41,6	43,5	43,5
	überwiegend	48	29,8	31,2	74,7
	unentschieden	25	15,5	16,2	90,9
	eher nicht	14	8,7	9,1	100,0
	Total	154	95,7	100,0	
Missing	-1	7	4,3		
Total		161	100,0		

Ich fühle mich von den Ärzten verstanden.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	voll	63	39,1	41,2	41,2
	überwiegend	54	33,5	35,3	76,5
	unentschieden	22	13,7	14,4	90,8
	eher nicht	11	6,8	7,2	98,0
	gar nicht	3	1,9	2,0	100,0
	Total	153	95,0	100,0	
Missing	-1	8	5,0		
Total		161	100,0		

Die Ärzte tun nur das Nötigste. *

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	voll	70	43,5	47,6	47,6
	überwiegend	27	16,8	18,4	66,0
	unentschieden	23	14,3	15,6	81,6
	eher nicht	15	9,3	10,2	91,8
	gar nicht	12	7,5	8,2	100,0
	Total	147	91,3	100,0	
Missing	-1	14	8,7		
Total		161	100,0		

* Frage umkodiert

Die Medikamente helfen mir mich gesünder zu fühlen.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	voll	31	19,3	20,0	20,0
	überwiegend	66	41,0	42,6	62,6
	unentschieden	34	21,1	21,9	84,5
	eher nicht	15	9,3	9,7	94,2
	gar nicht	9	5,6	5,8	100,0
	Total	155	96,3	100,0	
Missing	-1	6	3,7		
Total		161	100,0		

Die Dosierung meiner Medikamente ist genau richtig.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	voll	47	29,2	31,5	31,5
	überwiegend	47	29,2	31,5	63,1
	unentschieden	45	28,0	30,2	93,3
	eher nicht	4	2,5	2,7	96,0
	gar nicht	6	3,7	4,0	100,0
	Total	149	92,5	100,0	
Missing	-1	12	7,5		
Total		161	100,0		

Es werden genug Einzelgespräche angeboten.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	voll	50	31,1	33,3	33,3
	überwiegend	38	23,6	25,3	58,7
	unentschieden	24	14,9	16,0	74,7
	eher nicht	25	15,5	16,7	91,3
	gar nicht	13	8,1	8,7	100,0
	Total	150	93,2	100,0	
Missing	-1	11	6,8		
Total		161	100,0		

Bei der Visite wird mehr über die Patienten gesprochen als mit ihnen. *

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	voll	57	35,4	37,3	37,3
	überwiegend	40	24,8	26,1	63,4
	unentschieden	35	21,7	22,9	86,3
	eher nicht	12	7,5	7,8	94,1
	gar nicht	9	5,6	5,9	100,0
	Total	153	95,0	100,0	
Missing	-1	8	5,0		
Total		161	100,0		

* Frage umkodiert

Es kommt öfter vor, daß sich Patienten über Ärzte beschweren. *

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	voll	33	20,5	22,1	22,1
	überwiegend	47	29,2	31,5	53,7
	unentschieden	37	23,0	24,8	78,5
	eher nicht	18	11,2	12,1	90,6
	gar nicht	14	8,7	9,4	100,0
	Total	149	92,5	100,0	
Missing	-1	12	7,5		
Total		161	100,0		

* Frage umkodiert

Ärzte und andere Mitarbeiter arbeiten schlecht zusammen. *

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	voll	68	42,2	45,6	45,6
	überwiegend	37	23,0	24,8	70,5
	unentschieden	23	14,3	15,4	85,9
	eher nicht	13	8,1	8,7	94,6
	gar nicht	8	5,0	5,4	100,0
	Total	149	92,5	100,0	
Missing	-1	12	7,5		
Total		161	100,0		

* Frage umkodiert

An den Schwestern und Pflegern habe ich oft etwas auszusetzen. *

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	voll	81	50,3	53,6	53,6
	überwiegend	43	26,7	28,5	82,1
	unentschieden	17	10,6	11,3	93,4
	eher nicht	7	4,3	4,6	98,0
	gar nicht	3	1,9	2,0	100,0
	Total	151	93,8	100,0	
Missing	-1	10	6,2		
Total		161	100,0		

Wenn man sie braucht, sind die Schwestern und Pfleger für einen da.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	voll	87	54,0	58,4	58,4
	überwiegend	45	28,0	30,2	88,6
	unentschieden	12	7,5	8,1	96,6
	eher nicht	4	2,5	2,7	99,3
	gar nicht	1	,6	,7	100,0
	Total	149	92,5	100,0	
Missing	-1	12	7,5		
Total		161	100,0		

Die Erklärung der Schwestern und Pfleger sind oft schlecht verständlich. *

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	voll	47	29,2	31,1	31,1
	überwiegend	36	22,4	23,8	55,0
	unentschieden	31	19,3	20,5	75,5
	eher nicht	24	14,9	15,9	91,4
	gar nicht	13	8,1	8,6	100,0
	Total	151	93,8	100,0	
Missing	-1	10	6,2		
Total		161	100,0		

* Frage umkodiert

Die Pflegekräfte haben ein gutes Verhältnis zu den Patienten.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	voll	62	38,5	41,3	41,3
	überwiegend	64	39,8	42,7	84,0
	unentschieden	19	11,8	12,7	96,7
	eher nicht	5	3,1	3,3	100,0
	Total	150	93,2	100,0	
Missing	-1	11	6,8		
Total		161	100,0		

Die Pflegekräfte tun nur das Nötigste. *

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	voll	67	41,6	44,4	44,4
	überwiegend	45	28,0	29,8	74,2
	unentschieden	12	7,5	7,9	82,1
	eher nicht	20	12,4	13,2	95,4
	gar nicht	7	4,3	4,6	100,0
	Total	151	93,8	100,0	
Missing	-1	10	6,2		
Total		161	100,0		

* Frage umkodiert

Ich fühle mich vom Pflegepersonal verstanden.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	voll	60	37,3	39,0	39,0
	überwiegend	57	35,4	37,0	76,0
	unentschieden	28	17,4	18,2	94,2
	eher nicht	7	4,3	4,5	98,7
	gar nicht	2	1,2	1,3	100,0
	Total	154	95,7	100,0	
Missing	-1	7	4,3		
Total		161	100,0		

Schwestern und Pfleger bleiben auch in kritischen Situationen ruhig.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	voll	65	40,4	42,8	42,8
	überwiegend	61	37,9	40,1	82,9
	unentschieden	19	11,8	12,5	95,4
	eher nicht	6	3,7	3,9	99,3
	gar nicht	1	,6	,7	100,0
	Total	152	94,4	100,0	
Missing	-1	9	5,6		
Total		161	100,0		

Mit meinen sozialen Problemen stehe ich alleine da. *

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	voll	51	31,7	33,6	33,6
	überwiegend	35	21,7	23,0	56,6
	unentschieden	29	18,0	19,1	75,7
	eher nicht	20	12,4	13,2	88,8
	gar nicht	17	10,6	11,2	100,0
	Total	152	94,4	100,0	
Missing	-1	9	5,6		
Total		161	100,0		

* Frage umkodiert

Tabelle 15: Häufigkeiten der Antworten bezüglich der Items in München (depressive Patienten)

Die Ärzte sprechen mit mir ausführlich über meine Erkrankung.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	voll	23	38,3	39,0	39,0
	überwiegend	18	30,0	30,5	69,5
	unentschieden	7	11,7	11,9	81,4
	eher nicht	10	16,7	16,9	98,3
	gar nicht	1	1,7	1,7	100,0
	Total	59	98,3	100,0	
Missing	-1	1	1,7		
Total		60	100,0		

Die Ärzte interessieren sich für meine Sorgen.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	voll	22	36,7	38,6	38,6
	überwiegend	21	35,0	36,8	75,4
	unentschieden	4	6,7	7,0	82,5
	eher nicht	10	16,7	17,5	100,0
	Total	57	95,0	100,0	
Missing	-1	3	5,0		
Total		60	100,0		

Ich habe häufig an den Ärzten etwas auszusetzen. *

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	voll	23	38,3	40,4	40,4
	überwiegend	14	23,3	24,6	64,9
	unentschieden	10	16,7	17,5	82,5
	eher nicht	7	11,7	12,3	94,7
	gar nicht	3	5,0	5,3	100,0
	Total	57	95,0	100,0	
Missing	-1	3	5,0		
Total		60	100,0		

* Frage umkodiert

Ich werde soweit wie möglich vom Arzt in die Entscheidungen über meine Behandlung mit einbezogen.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	voll	18	30,0	31,0	31,0

	überwiegend	19	31,7	32,8	63,8
	unentschieden	7	11,7	12,1	75,9
	eher nicht	8	13,3	13,8	89,7
	gar nicht	6	10,0	10,3	100,0
	Total	58	96,7	100,0	
Missing	-1	2	3,3		
Total		60	100,0		

Die Ärzte sind gut ausgebildet.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	voll	26	43,3	45,6	45,6
	überwiegend	21	35,0	36,8	82,5
	unentschieden	9	15,0	15,8	98,2
	eher nicht	1	1,7	1,8	100,0
	Total	57	95,0	100,0	
Missing	-1	3	5,0		
Total		60	100,0		

Oft haben die Ärzte zu wenig Zeit, um auf meine Sorgen und Wünsche einzugehen. *

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	voll	9	15,0	16,4	16,4
	überwiegend	15	25,0	27,3	43,6
	unentschieden	11	18,3	20,0	63,6
	eher nicht	11	18,3	20,0	83,6
	gar nicht	9	15,0	16,4	100,0
	Total	55	91,7	100,0	
Missing	-1	5	8,3		
Total		60	100,0		

* Frage umkodiert

Ich habe nach der Visite oft noch Fragen. *

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	voll	11	18,3	20,0	20,0
	überwiegend	14	23,3	25,5	45,5
	unentschieden	9	15,0	16,4	61,8
	eher nicht	13	21,7	23,6	85,5
	gar nicht	8	13,3	14,5	100,0
	Total	55	91,7	100,0	
Missing	-1	5	8,3		
Total		60	100,0		

* Frage umkodiert

Das Verhältnis der Ärzte zu den Patienten ist gut.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
--	--	-----------	---------	---------------	--------------------

Valid	voll	22	36,7	40,0	40,0
	überwiegend	18	30,0	32,7	72,7
	unentschieden	9	15,0	16,4	89,1
	eher nicht	6	10,0	10,9	100,0
	Total	55	91,7	100,0	
Missing	-1	5	8,3		
Total		60	100,0		

Ich fühle mich von den Ärzten verstanden.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	voll	19	31,7	33,9	33,9
	überwiegend	20	33,3	35,7	69,6
	unentschieden	10	16,7	17,9	87,5
	eher nicht	6	10,0	10,7	98,2
	gar nicht	1	1,7	1,8	100,0
	Total	56	93,3	100,0	
Missing	-1	4	6,7		
Total		60	100,0		

Die Ärzte tun nur das Nötigste. *

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	voll	22	36,7	40,7	40,7
	überwiegend	9	15,0	16,7	57,4
	unentschieden	11	18,3	20,4	77,8
	eher nicht	5	8,3	9,3	87,0
	gar nicht	7	11,7	13,0	100,0
	Total	54	90,0	100,0	
Missing	-1	6	10,0		
Total		60	100,0		

* Frage umkodiert

Die Medikamente helfen mir mich gesünder zu fühlen.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	voll	10	16,7	16,9	16,9
	überwiegend	27	45,0	45,8	62,7
	unentschieden	11	18,3	18,6	81,4
	eher nicht	6	10,0	10,2	91,5
	gar nicht	5	8,3	8,5	100,0
	Total	59	98,3	100,0	
Missing	-1	1	1,7		
Total		60	100,0		

Die Dosierung meiner Medikamente ist genau richtig.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
--	--	-----------	---------	---------------	--------------------

Valid	voll	13	21,7	23,2	23,2
	überwiegend	16	26,7	28,6	51,8
	unentschieden	22	36,7	39,3	91,1
	eher nicht	2	3,3	3,6	94,6
	gar nicht	3	5,0	5,4	100,0
	Total	56	93,3	100,0	
Missing	-1	4	6,7		
Total		60	100,0		

Es werden genug Einzelgespräche angeboten.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	voll	16	26,7	29,1	29,1
	überwiegend	11	18,3	20,0	49,1
	unentschieden	12	20,0	21,8	70,9
	eher nicht	12	20,0	21,8	92,7
	gar nicht	4	6,7	7,3	100,0
	Total	55	91,7	100,0	
Missing	-1	5	8,3		
Total		60	100,0		

Bei der Visite wird mehr über die Patienten gesprochen als mit ihnen. *

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	voll	15	25,0	26,3	26,3
	überwiegend	20	33,3	35,1	61,4
	unentschieden	10	16,7	17,5	78,9
	eher nicht	7	11,7	12,3	91,2
	gar nicht	5	8,3	8,8	100,0
	Total	57	95,0	100,0	
Missing	-1	3	5,0		
Total		60	100,0		

* Frage umkodiert

Es kommt öfter vor, daß sich Patienten über Ärzte beschweren. *

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	voll	14	23,3	24,6	24,6
	überwiegend	14	23,3	24,6	49,1
	unentschieden	15	25,0	26,3	75,4
	eher nicht	10	16,7	17,5	93,0
	gar nicht	4	6,7	7,0	100,0
	Total	57	95,0	100,0	
Missing	-1	3	5,0		
Total		60	100,0		

* Frage umkodiert

Ärzte und andere Mitarbeiter arbeiten schlecht zusammen. *

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	voll	23	38,3	41,1	41,1

	überwiegend	17	28,3	30,4	71,4
	unentschieden	7	11,7	12,5	83,9
	eher nicht	5	8,3	8,9	92,9
	gar nicht	4	6,7	7,1	100,0
	Total	56	93,3	100,0	
Missing	-1	4	6,7		
Total		60	100,0		

* Frage umkodiert

An den Schwestern und Pflegern habe ich oft etwas auszusetzen. *

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	voll	29	48,3	50,9	50,9
	überwiegend	20	33,3	35,1	86,0
	unentschieden	5	8,3	8,8	94,7
	eher nicht	2	3,3	3,5	98,2
	gar nicht	1	1,7	1,8	100,0
	Total	57	95,0	100,0	
Missing	-1	3	5,0		
Total		60	100,0		

* Frage umkodiert

Wenn man sie braucht, sind die Schwestern und Pfleger für einen da.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	voll	30	50,0	54,5	54,5
	überwiegend	19	31,7	34,5	89,1
	unentschieden	5	8,3	9,1	98,2
	eher nicht	1	1,7	1,8	100,0
	Total	55	91,7	100,0	
Missing	-1	5	8,3		
Total		60	100,0		

Die Erklärung der Schwestern und Pfleger sind oft schlecht verständlich. *

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	voll	16	26,7	28,1	28,1
	überwiegend	15	25,0	26,3	54,4
	unentschieden	9	15,0	15,8	70,2
	eher nicht	10	16,7	17,5	87,7
	gar nicht	7	11,7	12,3	100,0
	Total	57	95,0	100,0	
Missing	-1	3	5,0		
Total		60	100,0		

* Frage umkodiert

Die Pflegekräfte haben ein gutes Verhältnis zu den Patienten.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	voll	23	38,3	41,8	41,8
	überwiegend	22	36,7	40,0	81,8
	unentschieden	8	13,3	14,5	96,4
	eher nicht	2	3,3	3,6	100,0
	Total	55	91,7	100,0	
Missing	-1	5	8,3		
Total		60	100,0		

Die Pflegekräfte tun nur das Nötigste. *

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	voll	24	40,0	43,6	43,6
	überwiegend	17	28,3	30,9	74,5
	unentschieden	5	8,3	9,1	83,6
	eher nicht	6	10,0	10,9	94,5
	gar nicht	3	5,0	5,5	100,0
	Total	55	91,7	100,0	
Missing	-1	5	8,3		
Total		60	100,0		

* Frage umkodiert

Ich fühle mich vom Pflegepersonal verstanden. *

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	voll	19	31,7	34,5	34,5
	überwiegend	25	41,7	45,5	80,0
	unentschieden	7	11,7	12,7	92,7
	eher nicht	3	5,0	5,5	98,2
	gar nicht	1	1,7	1,8	100,0
	Total	55	91,7	100,0	
Missing	-1	5	8,3		
Total		60	100,0		

Schwestern und Pfleger bleiben auch in kritischen Situationen ruhig. *

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	voll	22	36,7	38,6	38,6
	überwiegend	24	40,0	42,1	80,7
	unentschieden	7	11,7	12,3	93,0
	eher nicht	4	6,7	7,0	100,0
	Total	57	95,0	100,0	
Missing	-1	3	5,0		
Total		60	100,0		

Mit meinen sozialen Problemen stehe ich alleine da. *

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	voll	11	18,3	20,0	20,0
	überwiegend	15	25,0	27,3	47,3
	unentschieden	9	15,0	16,4	63,6
	eher nicht	13	21,7	23,6	87,3
	gar nicht	7	11,7	12,7	100,0
	Total	55	91,7	100,0	
Missing	-1	5	8,3		
Total		60	100,0		

* Frage umkodiert

**Münchener Fragebogen zur Bewertung stationärer psychiatrischer
Behandlung (MFBB-24)**

(Möller-Leimkühler et al. 2001)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

**in diesem Fragebogen geht es um Ihre persönlichen Erfahrungen mit der stationären
Behandlung in unserer Klinik. Wir würden gerne wissen, wie Sie Ihre Behandlung
erlebt haben und Kritikpunkte zum Anlass für Verbesserungen nehmen.**

**Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten. Wie Sie den stationären
Aufenthalt erleben bzw. erlebt haben, können nur Sie selbst entscheiden.**

**Bitte kreuzen Sie daher im folgenden jeweils die Antwortmöglichkeit an, der Sie
aufgrund Ihrer Erfahrungen am ehesten zustimmen können.**

Wir bedanken uns für Ihre Mühe und wünschen Ihnen alles Gute!

voll überwiegend unentschieden eher nicht

gar nicht

Bei der Visite wird mehr über die Patienten gesprochen als mit ihnen.

Es kommt öfter vor, daß sich Patienten über Ärzte beschweren.

Ärzte und andere Mitarbeiter arbeiten schlecht zusammen.

An den Schwestern und Pflegern habe ich oft etwas auszusetzen.

Wenn man sie braucht, sind die Schwestern und Pfleger für einen da.

Die Erklärungen der Schwestern und Pfleger sind oft schlecht verständlich.

Die Pflegekräfte haben ein gutes Verhältnis zu den Patienten.

Die Pflegekräfte tun nur das nötigste.

Ich fühle mich vom Pflegepersonal verstanden.

Schwwestern und Pfleger bleiben auch in kritischen Situationen ruhig.

Mit meinen sozialen Problemen stehe ich alleine da.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Lebenslauf

Name	Alexandru Vladimir Tomozei
Wohnort	Kapuzinerweg 7, 84028 Landshut
Geburtsdatum	22.07.1978
Geburtsort	Iasi – Rumänien
Staatsangehörigkeit	deutsch

Schulbildung

1985 – 1987	Grundschule Iasi – Rumänien
1987 – 1989	Grundschule Gerzen
1989 – 1999	Maximilian – von – Montgelas – Gymnasium Vilsbiburg

Studium

1999 – 2005	Zahnmedizin an der Ludwig – Maximilians – Universität München
2005	Staatsexamen Zahnmedizin

Beruf

seit März 2005	Vorbereitungsassistent bei Dr. Manfred Wittschier in Landshut
----------------	---

Fremdsprachen	Rumänisch, Französisch, Englisch
----------------------	----------------------------------

Doktorarbeit	2003 – 2005 Ludwig – Maximilians – Universität München
---------------------	--