

Externe Qualitätssicherung in sieben Berliner Tageskliniken am Beispiel individueller Therapieziele

Auswertung der Daten zur Patientenzufriedenheit

Volker Günter Dahling (2008)

Mit dem vorliegenden Manuskript soll die Auswertung des Projektes zur externen Qualitätssicherung (QS) an sieben Berliner Tageskliniken von 1998-2000 ergänzt werden. Hintergründe, Ablauf und Auswertung des genannten Projektes sind bereits ausführlich dargestellt und im Internet abrufbar [3]: In einer kontrollierten Studie waren bei 67 Patienten (F20 oder F25 nach ICD-10) zu Beginn und Ende des Untersuchungszeitraums der Schweregrad der Erkrankung (CGI), das globale Funktionsniveau (GAF) und auch die Patientenzufriedenheit (Ergebnisse bisher unveröffentlicht) eingeschätzt worden. Die QS in der Experimentalgruppe umfasste Besuche externer Fachkollegen und das Aufstellen individueller Therapieziele mit dem Goal Attainment Scaling. Als Effekte dieser Interventionen konnten eine niedrigere Rate an ungeplanten Entlassungen sowie signifikante Unterschiede in den Ergebnisparametern CGI und GAF nachgewiesen werden. Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass QS-Maßnahmen auch in der Psychiatrie eine Verbesserung der Versorgung von Patienten bewirken können. Da trotz aller Bemühungen um QS in der Psychiatrie in der Literatur bisher kein sicher positiver Effekt von QS auf die Versorgungsqualität von Patienten in der Psychiatrie ausgewiesen ist [3, 5, 8], sind weitere Studien erforderlich.

Dem wichtigen Thema Patientenzufriedenheit soll hier nun ein eigener Raum gegeben werden. Dies hat mehrere Gründe: Zum einen widersprechen die Ergebnisse der vorliegenden Studie teilweise den Erwartungen, wofür Erklärungsmodelle gesucht wurden. Zum anderen werden in der Literatur zur in Deutschland noch relativ jungen Patientenzufriedenheits-Forschung Teilaspekte kontrovers diskutiert, so dass eine ausführliche Darstellung und Erörterung – besonders im Hinblick auf die Anwendbarkeit von Fragebögen zur Patientenzufriedenheit als Evaluationskriterium in der Qualitätssicherung – als unabdingbar erschien.

Nach allgemeinen Vorbemerkungen werden zunächst die Methodik und die Ergebnisse dieser Erhebung dargestellt, gefolgt von einem Vergleich mit ausgewählten Studien und einer abschließenden Diskussion.

Hintergrund

Seit den 70er Jahren hat besonders im angloamerikanischen Sprachraum im Zuge des stärkeren finanziellen und Rechtfertigungsdrucks auch die subjektive Bewertung einer Behandlung durch die Patienten als eigenständiges Evaluationskriterium zunehmend an Bedeutung gewonnen [siehe 1, 12]. Im Zentrum des Interesses steht dabei nach Gruyters & Priebe (1992) die Zufriedenheit der Patienten, die nun weniger als reine Objekte denn als aktive Konsumenten eines psychiatrischen Versorgungsangebotes betrachtet werden. Die Forschung zielt dabei vor allem auf folgende Fragestellungen ab: Wie bewerten Patienten psychiatrische Behandlungen (oder Institutionen) global und differenziert, welche Zusammenhänge bestehen zwischen diesen Bewertungen auf der einen und soziodemographischen und pathophysiologischen Merkmalen auf der anderen Seite und wie kann die Sicht der Patienten für Evaluation und Optimierung psychiatrischer Einrichtungen relevant sein [nach 6, vgl. 10]?

Nach verschiedenen Vorarbeiten im deutschen Sprachraum mit visuellen Analogskalen zur Behandlungszufriedenheit Anfang bis Mitte der 90er Jahre [6, 7] konnte im Rahmen der Berliner Enthospitalisierungsstudie [9] bereits der Klientenbogen zur Behandlungsbewertung [12] eingesetzt werden. Dieses Instrument (siehe Abb. 1) wurde für das vorliegende Projekt freundlicherweise von St. Priebe, St. Bartholomew's and Royal School of Medicine and Dentistry - London, zur Verfügung gestellt.

Klientenbogen zur Behandlungsbewertung - KliBB

Im KliBB beurteilen die Patienten anhand von Einzelskalen die Angemessenheit der Behandlung insgesamt sowie einzelne Elemente der Behandlung und den Behandlungserfolg.

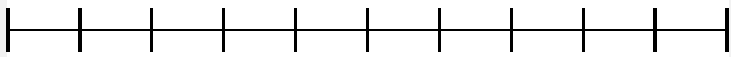
Anleitung zum KliBB (Abb. 1): Dieser Fragebogen soll von den Nutzern psychiatrischer Einrichtungen selbst ausgefüllt werden. Wir sind an Ihrer Sicht von der Behandlung interessiert. Wir möchten Sie deshalb bitten, im folgenden Fragebogen eine persönliche Bewertung der jetzigen Behandlung abzugeben. Kreuzen Sie bitte auf der ersten Seite nach den jeweiligen Fragen einen Wert von 0 bis 10 auf der Skala an um anzugeben, wie Sie diesen Punkt momentan einschätzen.

Anmerkungen: Auf einer zweiten Seite sollten die Befragten in kurzen Stichworten notieren, was ihnen zu vier offenen Fragen einfiel. Es wurde gefragt, was als angenehm bzw. unangenehm empfunden wird, ob die Behandlung helfe und - wenn ja - was konkret und ob die Befragten etwas verändern wollen würden und - wenn ja - was konkret. Diese standardisierten offenen Fragen dienen auch der inhaltlichen Validierung der entsprechenden Skalen.

BEWERTUNGSSKALEN - KliBB

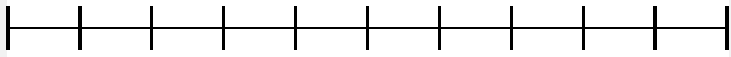
1. Glauben Sie, daß Sie hier insgesamt die für Sie richtige Behandlung erhalten?

nein, 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ja, auf
gar nicht jeden Fall



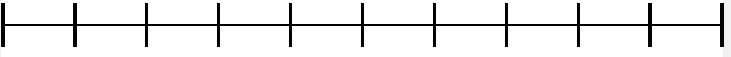
2. Fühlen Sie sich von Ihrem Therapeuten verstanden und setzt er sich für Sie ein?

nein, 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ja, auf
gar nicht jeden Fall




3. Ist der Umgang mit den sonstigen Mitarbeitern hier für Sie angenehm oder unangenehm?

sehr 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr
unangenehm angenehm



4. Glauben Sie, daß Sie hier die für Sie richtige Medikation erhalten?

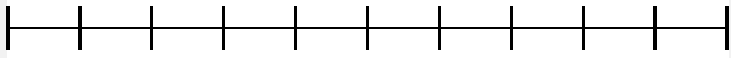
nein, 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ja, auf
gar nicht jeden Fall



Ich erhalte keine Medikation:

5. Glauben Sie, daß die sonstigen Angebote hier (wie z.B. Beschäftigungstherapie) für Sie richtig sind?

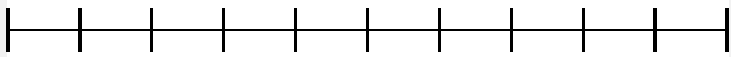
nein, 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ja, auf
gar nicht jeden Fall



Es gibt keine sonstigen Angebote für mich:

6. Fühlen Sie sich hier insgesamt geachtet und respektiert?

nein, 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ja, auf
gar nicht jeden Fall



7. Ist die bisherige Behandlung hier für Sie hilfreich gewesen?

nein, 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ja, auf
gar nicht jeden Fall

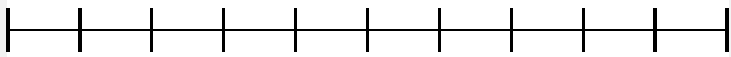


Abb. 1: Klientenbogen zur Behandlungsbewertung – KliBB

Hypothese und Methode

Es bestand die Annahme, dass sich durch die Intervention eines externen Besuchs mit anschließend gemeinsam von Therapeut und Patient erarbeiteten individuellen Therapiezielen die Behandlungszufriedenheit im Vergleich der Teilstichproben erhöht.

Um solche Therapieeffekte darstellen zu können, wurde den Patienten beider Teilstichproben zu Beginn und Ende des Beobachtungszeitraums (U1 und U2) jeweils der Klientenbogen zur Behandlungsbewertung – KliBB vorgelegt. Mit Hilfe dieses Instruments sollten die Patienten auf visuellen Analogskalen (VAS) zwischen den Ausprägungsmöglichkeiten „gar nicht“ bzw. „sehr unangenehm“ (Wert 0) und „ja, auf jeden Fall“ bzw. „sehr angenehm“ (Wert 10) zur globalen Angemessenheit der Behandlung sowie zu Einzelaspekten Stellung nehmen.

Festzuhalten ist, dass dabei mit dem KliBB lediglich Meinungsäußerungen auf standardisierte Fragen erfasst und dokumentiert wurden. Insofern erübrigt sich die Anwendung von Kriterien der psychologischen Testtheorie: Die Ergebnisse lassen keine Rückschlüsse auf ein hypothetisches Konstrukt zu, sondern bilden ein konkretes Verhalten ab, das, angemessen und korrekt dokumentiert, als Meinungsäußerung per definitionem gültig ist und eine Bewertung repräsentiert [vgl. 7, 12]. Eine inhaltliche Plausibilitätsprüfung oder Validierung sollte durch die offenen Fragen des KliBB erfolgen.

Ergebnisse

Fehlende Daten und mögliche Konsequenzen: Der Datenrücklauf war beim KliBB besonders hinsichtlich des zweiten Untersuchungszeitpunktes geringer als bei den anderen psychometrischen Instrumenten: Zum ersten Erhebungstermin (U1) lagen zu den einzelnen Items in 97 bis 99% der in die Studie aufgenommenen Behandlungsfälle Daten vor, zum zweiten Termin (U2) zwischen 88 und 91%. Dies ist gut durch Behandlungsabbrüche und ungeplante Entlassungen – einem grundsätzlichen Problem bei Längsschnittstudien – erklärbar. Es bestanden erhebliche Schwierigkeiten nach einem Therapieabbruch eines Patienten eine abschließende subjektive Bewertung zu bekommen. In Konsequenz kann es bei den Daten für den Zeitpunkt U2 zu einer Selektion und somit zu einer leichten Verzerrung in positiver Richtung gekommen sein.

Da ungeplante Entlassungen und fehlende Daten in größerer Zahl die Kontrollgruppe betrafen [Daten siehe 3] wird die Auswertung eines Unterschieds im vorliegenden kontrollierten Design hinsichtlich des subjektiven Evaluationsinstruments KliBB erschwert, mögliche positive Effekte in der Experimentalgruppe eventuell teilweise nivelliert.

Mittelwertvergleich Experimental- / Kontrollgruppe															
		KliBB-Beh		KliBB-Ver		KliBB-Ang		KliBB-Med		KliBB-Bot		KliBB-Res		KliBB-Hil	
		U1	U2	U1	U2	U1	U2	U1	U2	U1	U2	U1	U2	U1	U2
Exp.	Mittelwert	8,26	7,94	8,25	8,29	8,53	8,33	7,76	7,79	8,01	7,16	8,63	8,68	8,66	8,67
	N	34	33	34	33	34	33	34	33	34	32	34	33	34	33
	s	1,74	1,96	2,01	1,85	1,53	1,66	2,48	2,18	1,94	2,55	2,05	1,92	1,78	1,59
Kontr.	Mittelwert	7,70	7,64	8,08	8,00	8,02	7,83	7,29	7,23	7,30	7,55	8,58	7,86	7,41	7,91
	N	32	29	32	29	32	29	31	28	32	29	32	29	32	29
	s	2,01	2,41	2,05	2,04	1,87	2,30	2,74	2,69	2,22	2,19	1,63	2,10	2,57	2,03
Insgesamt	Mittelwert	7,99	7,80	8,17	8,15	8,28	8,10	7,45	7,53	7,67	7,34	8,61	8,30	8,05	8,31
	N	66	62	66	62	66	62	65	61	66	61	66	62	36	62
	s	1,88	2,17	2,02	1,93	1,71	1,98	2,60	2,42	2,10	2,37	1,84	2,03	2,27	1,83
Differenzen der Mittelwerte															
U2-U1															
	Exp.	-0,32		0,04		-0,20		0,03		-0,85		0,05		0,01	
	Kontr.	-0,06		-0,08		-0,19		-0,06		0,25		-0,72		0,50	
Exp.-Kontr.		-0,26		0,12		-0,01		0,09		-1,10		0,77		-0,49	

Tab. 1: KliBB – Mittelwertbericht

N:Anzahl der gewerteten Fälle; s: Standardabweichung; U1 und U2: Untersuchungszeitpunkte.

Differenzen:

U2-U1: Mittelwertdifferenz der beiden Untersuchungszeitpunkte für Exp.- und Kontr.gruppe

Exp.-Kontr.: Differenz U2-U1 der Exp.gruppe – U2-U1 der Kontr.gruppe

KliBB-Beh: Auswertung der Frage „Glauben Sie, dass Sie hier insgesamt die richtige Behandlung erhalten?“

KliBB-Ver: Auswertung der Frage „Fühlen Sie sich von Ihrem Therapeuten verstanden und setzt er sich für Sie ein?“

KliBB-Ang: Auswertung der Frage „Ist der Umgang mit den sonstigen Mitarbeitern für Sie angenehm oder unangenehm?“

KliBB-Med: Auswertung der Frage „Glauben Sie, dass Sie hier die für Sie richtige Medikation erhalten?“

KliBB-Bot: Auswertung der Frage „Glauben Sie, dass die sonstigen Angebote hier (wie z.B. Beschäftigungstherapie) für Sie richtig sind?“

KliBB-Res: Auswertung der Frage „Fühlen Sie sich hier insgesamt geachtet und respektiert?“

KliBB-Hil: Auswertung der Frage „Ist die bisherige Behandlung für Sie hilfreich gewesen?“

Auswertung der visuellen Analogskalen:

Die in der Literatur beschriebene allgemein hohe Zufriedenheit mit der Behandlung in ganz unterschiedlichen Settings [z.B. 4, 6, 7, 9, 10, 11] findet sich auch in dieser Studie:

Betrachtet man die globale Behandlungsbewertung und sämtliche Teilaspekte (siehe Tab. 1) liegen die über beide Teilstichproben gemittelten Skalenwerte zum Zeitpunkt U1 zwischen 7,5 und 8,6 respektive zwischen 7,3 und 8,3 zum Zeitpunkt U2, also sämtlich im oberen Drittel der

VASen. In diesen Daten deutet sich bereits eine tendenziell niedrigere Patientenzufriedenheit zum Ende des Beobachtungszeitraums an.

Globale Behandlungszufriedenheit – Item 1:

Die erste Frage des KliBB zielte auf die Angemessenheit der Behandlung insgesamt.

In der Experimentalgruppe zeigt sich bei einem höheren Ausgangsniveau (U1) im Vergleich zur Kontrollgruppe (8,3 respektive 7,7) ein etwas deutlicherer Abfall zum Zeitpunkt U2: Nach Differenzbildung $U2-U1$ liegt dieser (-0,32) um 0,26 Skalenpunkte höher als in der Kontrollgruppe (-0,06). Anders formuliert wurde die Angemessenheit der Behandlung insgesamt zum Zeitpunkt U2 in beiden Teilstichproben etwas schlechter bewertet, wobei die Abnahme der globalen Zufriedenheit mit der Behandlung bei höherem Ausgangsniveau in der Experimentalgruppe sogar etwas größer war. Weder der Abfall der Skalenwerte beider Teilstichproben im T-Test für gepaarte Stichproben, noch die Unterschiede im Niveau der globalen Behandlungsbewertung zu den beiden Untersuchungszeitpunkten im T-Test für unabhängige Stichproben erwiesen sich als statistisch signifikant.

Hinsichtlich der globalen Behandlungsbewertung finden sich in der Literatur signifikante Zusammenhänge zum globalen Funktionsniveau und zur psychopathologischen und insbesondere psychotischen Symptomatik [6, 10, 11, 12], die auch in der CGI-Skala mitbewertet wird. So könnte im Vergleich der Teilstichproben zu einer etwas höheren globalen Ausgangszufriedenheit (und in weiteren Aspekten) in der Experimentalgruppe beigetragen haben, dass diese Patienten bei Eintritt in die Studie, gemessen mit der CGI- und GAF-Skala, etwas gesünder waren [siehe Daten in 4].

In der vorliegenden Studie ergaben sich für die globale Zufriedenheitsbewertung eher niedrige aber auf dem Niveau $p = 0,05$ signifikante Korrelationen zu den beiden CGI-Items Schweregrad und Zustandsänderung mit Effektstärken zwischen $r = -.25$ und $r = -.32^1$ (siehe Tab. 2).

Die Korrelationen zum globalen Funktionsniveau waren mit $r = .33$ bzw. $r = .36$ nur wenig enger, jedoch hochsignifikant ($p < 0,01$).

Diese nur schwachen bis mäßigen Zusammenhänge sind mit den Ergebnissen anderer Korrelationsstudien vergleichbar; die komplexen Einflussmöglichkeiten auf das Konstrukt Zufriedenheit lassen auch keine hohen Korrelationen erwarten [siehe unten, vgl. 11].

¹ Das negative Vorzeichen erklärt sich aus der Skalenkonstruktion: Je schwerer die Erkrankung bzw. je weniger gebessert das Krankheitsbild eingeschätzt worden war, desto niedriger fiel die Bewertung der globalen Zufriedenheit aus.

Hinsichtlich soziodemografischer Variablen, wo nach Studienlage besonders dem Alter der Patienten eine prädiktive Rolle in dem Sinne zugeschrieben wird, dass Ältere ihre Behandlung generell positiver bewerten [4, 6, 10, 11], unterschieden sich beide Teilstichproben nur unwesentlich [Daten siehe 4].

Korrelationsanalyse: Gesamtstichprobe KliBB / GAF und CGI														
	KliBB-Beh		KliBB-Ver		KliBB-Ang		KliBB-Med		KliBB-Bot		KliBB-Res		KliBB-Hil	
	U1	U2	U1	U2	U1	U2	U1	U2	U1	U2	U1	U2	U1	U2
cgi 1														
gaf 1														
cgi 2a														
cgi 2b														
gaf 2														

Tab. 2: Gesamtstichprobe KliBB / CGI und GAF – Korrelationen nach Spearman-Rho

Zur Legende s. a. Tab. 1

cgi 1: Schweregrad der Erkrankung zum Zeitpunkt U1

cgi 2: Schweregrad der Erkrankung zum Zeitpunkt U2

cgi 2a: Zustandsänderung des Krankheitsbildes seit Aufnahme in die Untersuchung, eingeschätzt zum Zeitpunkt U2

gaf 1: globales Funktionsniveau zum Zeitpunkt U1

gaf 2: globales Funktionsniveau zum Zeitpunkt U2

** : Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 signifikant (2-seitig)

*: Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 signifikant (2-seitig)

Zufriedenheit mit dem bisherigen Behandlungserfolg – Item 7:

Da es nach Priebe et al. [12] Anhaltspunkte dafür gibt, dass die Bewertung des bisherigen Behandlungserfolges getrennt von der sonstigen globalen Bewertung der derzeitigen Behandlung vorgenommen werden kann, war auch zu diesem Aspekt eine Frage (Item 7) in den KliBB aufgenommen worden.

In der Auswertung dieses Items zeigt sich auch hier ein höheres Ausgangsniveau in der Experimentalgruppe (8,66 vs. 7,41 in der Kontrollgruppe), welches sogar sämtliche Teilaspekte (siehe unten) und die globale Bewertung der derzeitigen Behandlung übertraf. Ob es sich hierbei um Selektionseffekte handelt oder andere Faktoren ursächlich eine Rolle spielen, kann diese Arbeit nicht abschließend klären: Möglicherweise haben Ereignisse vor Eintritt in die Studie das Patientenurteil über die globale „derzeitige“ Behandlung schon zu U1 beeinflusst, was die

Messbarkeit eines eventuellen Effekts der Interventionen in der Experimentalgruppe zusätzlich erschweren würde.

Während in der Experimentalgruppe die Bewertung des bisherigen Behandlungserfolgs nahezu konstant blieb, verbesserte sie sich in der Kontrollstichprobe im Mittel um 0,5 Skalenpunkte zum Zeitpunkt U2.

Teilaspekte von Behandlungszufriedenheit – Item 2-6:

Mit den Fragen 2-6 des KliBB sollten einzelne Teilaspekte der Behandlung genauer erfasst werden; nach Pribe et al. [12] handelt es sich dabei nicht um weitere unabhängige Dimensionen der Behandlungsbewertung.

Ein im Vergleich weniger hohes Niveau fand sich in der Gesamt- wie in den Teilstichproben für die Zufriedenheit mit der aktuellen Medikation sowie den sonstigen Angeboten, besonders hoch bewertet wurde die Zufriedenheit mit dem Therapeuten.

Betrachtet man nach Differenzbildung U2-U1 die Änderungen der Zufriedenheitsbewertungen zu einzelnen Teilaspekten über den Beobachtungszeitraum zeigt sich eine diskrete Abnahme der Zufriedenheit hinsichtlich des Umgangs mit den sonstigen (ohne Therapeut) Mitarbeitern (-0,2) in beiden Teilstichproben, die Bewertungen in der Zufriedenheit mit dem Therapeuten oder mit der Medikation blieben hingegen in Kontroll- und Experimentalgruppe im Mittel nahezu unverändert (Änderungen $< +/- 0,1$).

In der Bewertung der sonstigen Angebote kommt es über den Beobachtungszeitraum in der Experimentalgruppe zu einer im T-Test für gepaarte Stichproben (nicht gezeigt) auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikanten Abnahme um 0,85, in der Kontrollgruppe ist hier ein leichter Zuwachs um 0,25 Punkte zu verzeichnen. Dieses Ergebnis scheint auf den ersten Blick nicht plausibel, denkbar wäre aber, dass Patienten im Wissen um die Zugehörigkeit zur Experimentalgruppe andere Vorstellungen hinsichtlich des Projektes hatten.

Umgekehrt zeigte sich in der Auswertung der Frage nach dem entgegengebrachten Respekt eine Abnahme in der Kontrollgruppe (-0,72), während die diesbezügliche Zufriedenheit in der Experimentalgruppe nahezu konstant (+0,05) auf höherem Niveau blieb (siehe Tab. 1). Die zweiseitige Signifikanz lag im T-Test für gepaarte Stichproben bei 0,51. Hier könnte insbesondere die Einbindung und Achtung des Patienten durch das gemeinsame Aufstellen eines individuellen Therapieplans eine Rolle gespielt haben.

Globale Antworttendenz oder kritische subjektive Bewertung?

Ob es sich bei der durchgängig positiven Tendenz in den einzelnen Bewertungen auf den VASen um eine globale Antworttendenz handelte oder ob Einzelaspekte unterschiedlich bewertet wurden, zeigen Korrelationsanalysen zu den beiden Untersuchungszeitpunkten (siehe Tab. 3).

Korrelationsanalyse: Gesamtstichprobe KliBB - einzelne Aspekte														
	KliBB-Beh		KliBB-Ver		KliBB-Ang		KliBB-Med		KliBB-Bot		KliBB-Res		KliBB-Hil	
	U1	U2	U1	U2	U1	U2	U1	U2	U1	U2	U1	U2	U1	U2
KliBB-Beh	1.0	1.0												
KliBB-Ver	.67**	.47**	1.0	1.0										
KliBB-Ang	.34**	.50**	.47**	.47**	1.0	1.0								
KliBB-Med	.60**	.65**	.73**	.66**	.44**	.48**	1.0	1.0						
KliBB-Bot	.61**	.57**	.36**	.57**	.28**	.31*	.26**	.57**	1.0	1.0				
KliBB-Res	.63**	.71**	.67**	.65**	.57**	.60**	.63**	.59**	.42**	.49**	1.0	1.0		
KliBB-Hil	.71**	.74**	.53**	.50**	.35**	.53**	.52**	.47**	.51**	.40**	.55**	.65**	1.0	1.0

Tab. 3: Korrelationen nach Spearman-Rho: Gesamtstichprobe KliBB - einzelne Aspekte

Zur Legende siehe auch Tab. 1

** : Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 signifikant (2-seitig)

*: Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 signifikant (2-seitig)

Die Zufriedenheit in den Teilaspekten (Items 2-6 des KliBB) korrelierte durchweg hochsignifikant mit der globalen Behandlungsbewertung (Item 1). Die Zusammenhänge mit der globalen Behandlungsbewertung lagen zu U1 zwischen $r = .34$ für die Frage nach dem Umgang mit sonstigen Mitarbeitern und $r = .67$ für die Zufriedenheit mit den Therapeuten und sind damit als mäßig (bis hoch) einzuschätzen. Zum Untersuchungszeitpunkt U2 finden sich ebenfalls durchweg hochsignifikante Korrelationen zwischen $r = .47$ und $r = .71$. Auffallend ist, dass sich die Enge des Zusammenhangs zwischen globaler Bewertung und Zufriedenheit mit dem Therapeuten – einem Zusammenhang dem in der Literatur besondere Aufmerksamkeit geschenkt worden ist [6, 7, 10] – zum Ende des Beobachtungszeitraums erheblich verlor: Sie rutschte quasi vom 1. ($r = .67$) auf den letzten Platz ($r = .47$) unter den Korrelationen zwischen Einzelaspekten und globaler Bewertung. Eine mögliche Interpretation dieses Phänomens wird weiter unten diskutiert.

Zeitliche Stabilität: Zur Frage der zeitlichen Stabilität oder Wiederholungsreliabilität wurden die Bewertungen zu den beiden Untersuchungszeitpunkten in sämtlichen Items einer paarweisen Korrelationsanalyse unterzogen (siehe Tab. 4). Die Effektstärken waren mäßig (bis hoch) und lagen zwischen $r = .33$ für den Umgang mit den sonstigen Mitarbeitern und $r = .66$ für die Frage nach dem entgegengebrachten Respekt bei durchweg hohen Signifikanzniveaus von $p < 0,01$ bzw. $< 0,001$. Dies spricht für eine gute Wiederholungsreliabilität der VASen im Einsatz der vorliegenden Studie.

Korrelation bei gepaarten Stichproben: KliBB U1 & U2			
	N	Korrelation	Signifikanz
KliBB-Beh U1 & KliBB-Beh U2	62	.61	,000
KliBB-Ver U1 & KliBB-Ver U2	62	.39	,002
KliBB- Ang U1 & KliBB-Ang U2	62	.33	,009
KliBB-Med U1 & KliBB-Med U2	61	.56	,000
KliBB-Bot U1 & KliBB-Bot U2	61	.44	,000
KliBB-Res U1 & KliBB-Res U2	62	.66	,000
KliBB-Hil U1 & KliBB-Hil U2	62	.39	,002

Tab. 4: Korrelationen: Items KliBB U1 & U2

Auswertung der offenen Fragen: In den vier offenen Fragen des KliBB sollten die Befragten zu folgenden Aspekten Stellung nehmen: „Was empfinden Sie hier als eher angenehm (1) bzw. als eher unangenehm (2)? Haben Sie das Gefühl, dass Ihnen die Behandlung hilft und wenn ja, was ist es konkret, das Ihnen hilft (3)? Würden Sie gerne hier etwas nach Ihren Wünschen verändern wollen und wenn ja, was würden Sie gerne konkret verändern (4)?“

Zu den jeweiligen Untersuchungszeitpunkten lagen für beide Teilstichproben nicht in jedem Fall Daten vor (siehe Tab. 5), teilweise betraf dies den gesamten KliBB, teilweise war das Ausfüllen der schriftlichen Fragen nicht erfolgt bzw. verweigert worden oder die Daten konnten wegen Therapieabbruch und akuter Verlegung nicht erhoben werden.

Die Interpretation der fehlenden Daten erwies sich als äußerst problematisch, da in vielen Fällen offen blieb, ob z. B. ein Patient nichts in der Behandlung als unangenehm empfunden oder diese Frage aus anderen Gründen nicht beantwortet hatte.

KLiBB: Offene Fragen - Anteil fehlender Daten								
	Experimentalgruppe n = 35				Kontrollgruppe n = 32			
	U1		U2		U1		U2	
	Fehlende Daten		Fehlende Daten		Fehlende Daten		Fehlende Daten	
	Prozent	Total	Prozent	Total	Prozent	Total	Prozent	Total
Angenehm	17%	(6)	14%	(5)	3%	(1)	13%	(4)
Unangenehm	11%	(4)	23%	(8)	19%	(6)	28%	(9)
Hilfreich	9%	(3)	9%	(3)	6%	(2)	19%	(6)
Ändern	23%	(8)	20%	(7)	19%	(6)	25%	(8)

Tab. 5: Anteil fehlender Daten: Offene Fragen des KLiBB

Zur besseren Auswertbarkeit der offenen Fragen wären globale Antwortvorgaben wie „nichts“ oder „alles“ sicher hilfreich, allerdings bestünde damit die Gefahr, einer Antworttendenz in Richtung sozialer Erwünschtheit Vorschub zu leisten. Eine zeitaufwendige Alternative wäre die Durchsicht und Vervollständigung des KLiBB durch einen Dokumentationsassistenten gemeinsam mit dem Patienten.

Bei Durchsicht der Antworten auf die offenen Fragen des KLiBB ließ sich eine ausreichende inhaltliche Plausibilität der Bewertungen auf den VASen feststellen, lediglich in Einzelfällen schienen Patienten aufgrund sprachlicher Schwierigkeiten und / oder krankheitsbedingt überfordert.

Bei den Fragen nach dem, was als eher angenehm empfunden und als hilfreich erlebt wurde, fanden sich häufig Aussagen, die – oft in individualspezifischem Kontext – den Kontakt zu Personal und Mitpatienten bzw. das therapeutische Milieu betrafen. Ein zweiter Schwerpunkt lag bei einzelnen Therapieangeboten, teilweise auch strukturellen Besonderheiten der jeweiligen Tagesklinik.

Neben ganz individuellen Bedürfnissen (z.B. Einsamkeit) nahmen die Antworten auf die Fragen nach eher Unangenehmern und Änderungswünschen ganz überwiegend Bezug auf strukturelle Besonderheiten der jeweiligen Tagesklinik: Neben einzelnen Organisations- und Therapieformen, den Themen Essen und Rauchen wurden besonders auch lange und teilweise zu kurze Pausen zwischen den Therapien sowie fehlende Zeit und Zuwendung der Therapeuten kritisiert. Da weder über die Strukturen der teilnehmenden Tageskliniken Daten vorliegen, noch

eine einrichtungsspezifische Analyse intendiert war und ist, wurde auf eine weitere Aufarbeitung der Daten diesbezüglich verzichtet.

Dass - wie in der Arbeit von Gruyters & Priebe [6] - Patienten ohne Änderungswünsche die globale Behandlung positiver bewerteten, konnte hier nicht durchgängig für beide Teilstichproben zu den jeweiligen Untersuchungszeitpunkten festgestellt werden. Ebenso wenig ließen sich konstant gleichsinnige Zusammenhänge zur Krankheitsschwere oder zum sozialen Funktionsniveau nachweisen (siehe Tab. 6), was nicht zuletzt mit dem Problem zu kleiner Stichproben zusammenhängen mag.

Mittelwerte: Behandlungsbewertung, GAF, CGI - Änderungswünsche												
	Experimentalgruppe				Kontrollgruppe							
	Keine Änderungswünsche N=7		Gesamt N=35		Keine Änderungswünsche N=7		Gesamt N=35		Keine Änderungswünsche N=6		Gesamt N=32	
	U1	U1	U2	U2	U1	U1	U2	U2	U2	U2		
KliBB-Beh	8,14	8,26	8,14	7,94	8,86	7,70	8,83	7,64				
gaf	41,43	44,43	61,00	54,86	41,14	41,78	52,33	47,31				
cgi*	5,57	5,83	4,57	5,00	6,14	6,13	5,50	5,53				

Tab. 6: Mittelwerte: Behandlungsbewertung, GAF, CGI - Änderungswünsche

Die Antworten auf die Frage, ob und was in der Behandlung als hilfreich erlebt wurde, wurden einer weitergehenden Analyse unterzogen: Dabei wurden die Antworten durch den Verfasser ähnlich wie in einer Studie von Gruyters & Priebe [6] kategorisiert, auf einen zweiten, unabhängigen Rater jedoch verzichtet. Die in der Tab. 7 angegebenen Prozentwerte beziehen sich auf die um fehlende Daten zum jeweiligen Untersuchungszeitpunkt bereinigten Teilstichproben.

Einige Antworten konnten nicht kategorisiert werden, z. B. wenn die Behandlung als hilfreich erlebt, aber dies nicht weiter differenziert wurde. In wenigen Fällen schienen die Antworten auch ohne Bezug zur Frage oder blieben völlig unverständlich bzw. betrafen sehr individuelle Sachverhalte.

Antworten auf die Frage: Was hilft Ihnen konkret in der Behandlung?				
Gerundete Prozente, Mehrfachnennungen waren möglich.				
Kategorie	Experimentalgruppe		Kontrollgruppe	
	U1	U2	U1	U2
Gespräche	47%	59%	37%	39%
Therapeutisches Milieu	31%	13%	17%	23%
Medikamente	13%	25%	17%	23%
Tagesstruktur	25%	22%	13%	8%
Therapeutische Gruppe	6%	6%	17%	19%
Andere Therapieformen	38%	25%	23%	27%
Soziale Kontakte	22%	13%	13%	8%
Alles			3%	
Nichts			3%	8%
Keine Einordnung	16%	19%	33%	23%
Bewertete Nennungen	63	58	55	52
Keine Daten	3	3	2	6

Tab. 7: Antworten auf die Frage: Was hilft Ihnen konkret in der Behandlung?

Auch in der Beantwortung der offenen Fragen zeigt sich wie in der Auswertung der VASen eine positive Antworttendenz. Die Differenziertheit vieler Antworten, die geäußerte Kritik und Änderungsvorschläge lassen aber auf überwiegend kritische und mündige Nutzer schließen. Die (wenigen) Fälle einer offensichtlichen Überforderung (siehe oben) zeigen jedoch auch die engen Grenzen des eingesetzten Untersuchungsinstruments auf.

Im Einklang mit anderen Untersuchungen [z. B. 4, 6, 9, 12] zeigte sich insbesondere, dass (Einzel-) Gespräche wesentlich häufiger vom Patienten als hilfreich genannt werden als Medikamente. Die Auswertung der offenen Fragen ist hier mit den Ergebnissen der VASen konsistent.

Die Ergebnisse im Vergleich zu ausgewählten Studien

In einer Untersuchung von Gruyters & Priebe [6, 1992] an 53 schwer psychisch kranken Patienten (davon 40 mit der Diagnose Schizophrenie oder schizoaffektive Störung nach ICD 9) der Abteilung für Sozialpsychiatrie der FU-Berlin mit tagesklinischem bzw. ambulanten Setting wurde eine, inhaltlich dem 1. Item des KliBB identische VAS eingesetzt. Auf ihr sollten die Patienten zwischen den Ausprägungen 0 und 100 im Abstand von 20 Monaten jeweils einschätzen, ob sie die für Sie richtige Behandlung erhielten: Bei Mittelwerten von 72,4 für die erste und 70,4 für die zweite Untersuchung lagen die globalen Behandlungsbewertungen auch hier im oberen Skalendrittel, ebenso war es zu einem leichten Abfall der Werte zum zweiten Untersuchungszeitpunkt gekommen. Jedoch korrelierten die beiden Bewertungen in der Untersuchung von Gruyters & Priebe mit $r = .16$ ausgesprochen niedrig, während in der vorliegenden Arbeit mit $r = .61$ ein hohes Signifikanzniveau erreicht wurde: Die von Gruyters & Priebe beschriebene zeitliche Instabilität bestätigte sich bei allerdings deutlich kürzerem Beobachtungszeitraum in der vorliegenden Studie nicht.

In weiteren VASen waren die Patienten befragt worden, inwieweit sie sich von ihrem Therapeuten verstanden fühlten und in welchem Maß sich dieser für sie einsetze – zwei Aspekte von Behandlungszufriedenheit, wie sie in der zweiten VAS des KliBB zusammengefasst worden waren: Zum ersten Untersuchungszeitpunkt lagen die Mittelwerte für das Item „verstanden fühlen“ bei 77,1, für das Item „Einsatz des Therapeuten“ bei 81,5 respektive 76,4 und 78,3 zum zweiten Untersuchungszeitpunkt. (Hier: KliBB-Ver U1: 8,2; KliBB-Ver U2: 8,2).

In welchem Maß die Behandlung hilfreich war (7. VAS des KliBB), war in drei Teilaspekten (hilfreich bezüglich Vermeidung eines Rückfalls, Verminderung der Beschwerden und Unterstützung bei der Bewältigung sozialer Schwierigkeiten) erfragt worden: Zum ersten Untersuchungszeitpunkt lagen die Mittelwerte dieser drei Items zwischen 58,5 und 70,3, zum zweiten Untersuchungszeitpunkt zwischen 68,8 und 75,7. (Hier: KliBB-Hil U1: 8,1, KliBB-Hil U2: 8,3.)

Die Einschätzungen, wie hilfreich die Behandlung in einzelnen Bereichen sei und die Beurteilung der Therapeuten korrelierten mit der globalen Bewertung der Behandlung im Bereich zwischen $r = .30$ und $r = .60$. (Hier: Effektstärken zwischen .47 und .74). Darüber hinaus korrelierte eine negative Behandlungsbewertung deutlich mit einem höheren BPRS²-Summenscore (zu Beginn der Untersuchung -.43, nach 20 Monaten -.51). Es ergab sich somit ein Zusammenhang zwischen aktueller Symptomatik und Behandlungsbewertung.

² Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS): Skala zur Ausprägung psychopathologischer Symptomatik, siehe Overall JE, Gorham DR. The Brief Psychiatric Rating Scale. Psychol Rep 1962, 10: 799-812.

In einer Längsschnittstudie von Gruyters 1995 [7] wurde 38 tagesklinischen Patienten mit der Diagnose Schizophrenie oder schizoaffektive Störung nach ICD 10 eine VAS in den Ausprägungen von 0 bis 100 vorgelegt, die inhaltlich der in der vorliegenden Studie angewandten Skala zur globalen Behandlungsbewertung entsprach: Die Mittelwerte der globalen Zufriedenheit lagen in der zweiten Behandlungswoche bei 68,3, in der vierten Woche bei 82,2, zum Entlassungszeitpunkt bei 77,3 und damit wiederum im oberen Skalendrittel; signifikante Unterschiede der Mittelwerte konnten auch hier zwischen den einzelnen Behandlungszeitpunkten nicht ermittelt werden. Weitere VASen zielten auf die Zufriedenheit mit dem Therapeuten und mit der gegenwärtigen medikamentösen Behandlung: Die Mittelwerte in der Zufriedenheit mit dem Therapeuten lagen in der zweiten Woche bei 73,9 und zum Entlassungszeitpunkt bei 82,6, die der Zufriedenheit mit der medikamentösen Behandlung in der zweiten Wochen bei 62,6 und zum Entlassungszeitpunkt bei 73,4.

In einer Korrelationsanalyse waren ebenso Teilaspekte mit der globalen Zufriedenheit korreliert worden: Zum Untersuchungszeitpunkt nach 2 Wochen wie auch zur Entlassung korrelierten die meisten Einzelbewertungen mit der globalen Zufriedenheit. Die höchsten und zur Entlassung ansteigende Korrelationen fand Gruyters zwischen globaler Bewertung und Zufriedenheit mit dem Therapeuten (.78 respektive .89; $p < 0,001$). Bedeutende signifikante Zusammenhänge zwischen Medikamentenzufriedenheit oder mit der Einschätzung des Engagements des Personals fanden sich dagegen nicht.

Priebe et al. [12, 1995] untersuchten mit dem KliBB in einer Querschnittstudie 138 Patienten, die mindestens schon 3 Monate in der Abteilung für Sozialpsychiatrie der FU-Berlin mit teilstationären, komplementären und ambulanten Einrichtungen behandelt worden waren. Von den 138 Patienten hatten 95 primär eine Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis, F 2x nach ICD 10. Der Mittelwert auf der GAF-Skala lag bei 57,6 und kommt damit dem gemittelten GAF-Wert zum Ende des Beobachtungszeitraums (51,3) in dieser Studie nahe. Die globale Zufriedenheit mit der Behandlung betrug im Mittel 7,2 und korrelierte positiv signifikant mit dem globalen Funktionsniveau – GAF (.28) sowie negativ und signifikant mit dem BPRS³-Gesamtscore (-.44). Die übrigen Bewertungen lagen zwischen 6,3 für die Richtigkeit der gegenwärtigen Medikation und 8,2 für die Richtigkeit der sonstigen Therapieangebote.

³ Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS): Skala zur Ausprägung psychopathologischer Symptomatik, siehe Overall JE, Gorham DR. The Brief Psychiatric Rating Scale. Psychol Rep 1962, 10: 799-812.

Im Rahmen der Berliner Enthospitalisierungsstudie [9, 1997] führten Hoffmann et al. eine Querschnittsuntersuchung an insgesamt 237 langzeithospitalisierten Patienten durch, davon 176 mit einer Diagnose F 2x nach ICD 10. Auch hier war der KliBB eingesetzt worden: Auch hier bewerteten die Patienten die Angemessenheit der Medikation (im Mittel 6,1) am negativsten, am positivsten das Verständnis des Therapeuten und die Angemessenheit der sonstigen therapeutischen Angebote (jeweils im Mittel 6,9). Das Ausmaß der psychopathologischen Symptomatik, gemessen mit der BPRS, korrelierte in dieser Studie nur gering und negativ mit der Behandlungsbewertung (-.14 bis -.36). Die Untergruppe der schizophren erkrankten Patienten der Enthospitalisierungsstudie bewertete die Behandlung dabei am negativsten: Behandlung insgesamt richtig 6,4; Umgang mit sonstigen Mitarbeitern 6,4; Behandlung hilfreich 6,3.

In einer Korrelationsstudie untersuchten Möller-Leimkühler et al. 2002 [11] den Einfluss verschiedener Variablen auf die Patientenzufriedenheit. In einer Stichtagserhebung konnten die Bewertungen von 91 Patienten einer psychiatrischen Universitätsklinik untersucht werden. Der Schwerpunkt in den Diagnosegruppen lag dabei deutlich bei den affektiven Störungen (48%), der Anteil der Patienten aus dem schizophrenen Formenkreis betrug lediglich 17%, was, zusammen mit einer anderen Methodik, die direkte Vergleichbarkeit mit der vorliegenden Studie einschränkt. Auf einer globalen Ebene zeigte sich auch hier eine überaus positive Bewertung der Behandlung, eine stärkere Variabilität bei differenzierter Aufschlüsselung einzelner Behandlungsaspekte. Unterschiede in beiden Ebenen der Bewertung ergaben sich insbesondere hinsichtlich des Einflusses der Stimmung: Eine positive Gestimmtheit zum Befragungszeitpunkt korrelierte mäßig mit der globalen Zufriedenheit, nicht jedoch mit der Beurteilung von Einzelaspekten. Ein Zusammenhang zwischen psychopathologischer Symptomatik und Behandlungsbewertung fand sich in dieser Studie nicht. Diesbezüglich bemerkten die Autoren kritisch, dass auch das Diagnosenverhältnis mit Überrepräsentation des apathisch-depressiven Syndroms für diese Befunde verantwortlich sein könnte. Darüber hinaus wurden als wichtige Voraussetzungen für Patientenzufriedenheit insbesondere Einflüsse eines allgemeinen Arzt- und Medikamentenvertrauens auf beiden Bewertungsebenen gefunden. Nach Möller-Leimkühler et al. kann der erklärbare Anteil der globalen Patientenzufriedenheit als Produkt der Bilanzierung positiver und negativer Bewertungen auf der Basis eines generellen Arzt- und Medikamentenvertrauens beschrieben werden, der durch die subjektive Stimmung zum Befragungszeitpunkt, altersabhängige Wahrnehmungstendenzen oder Anspruchsniveaus, der Ausprägung von Selbstzufriedenheit und sozialer Adaptation moderiert wird. Bei hoher

Gesamtzufriedenheit fanden sich in einzelnen Teilaspekten (z.B. zeitliches Engagement des Arztes oder Aufklärung über Medikamente) relativ hohe Unzufriedenheiten, was, gestützt durch das oben für den Einfluss von Stimmung gesagte, die Autoren zu der Annahme führte, dass Bewertung von Einzelaspekten und Beurteilung der globalen Zufriedenheit anders ablaufen müssen.

Diskussion und Fazit

Die dargestellten Ergebnisse zur Behandlungsbewertung durch die Gesamtstichprobe sind mit denen einer entsprechenden Literatur vergleichbar und liegen in der Spanne der dort berichteten Befunde.

Eine Bewertung im Sinne eines Behandlungserfolges lässt sich aus diesen Ergebnissen jedoch nicht ableiten, wie weiterführende Überlegungen zu den Ergebnissen in Differenzierung zwischen Experimental- und Kontrollgruppe zeigen werden.

Zum Erhebungsablauf muss an dieser Stelle kritisch angemerkt werden, dass in der vorliegenden Untersuchung die subjektive Behandlungsbewertung nicht anonym erfolgte und der KliBB zumindest teilweise durch den Bezugstherapeuten vorgelegt wurde, was einer Antworttendenz in Richtung sozialer Erwünschtheit Vorschub geleistet haben könnte.

Auch eine weitere grundlegende Kritik am Zufriedenheitsbegriff, wie er in dieser Arbeit verwendet wird, darf nicht unerwähnt bleiben:

Dadurch dass Zufriedenheitsangaben als bloße Meinungsäußerungen betrachtet werden, so bemerkten Leimkühler & Müller 1996 kritisch [10], könne ihnen nicht mehr Gültigkeit zugeschrieben werden als einem Antwortverhalten, aus welchem nicht zwingend auf die tatsächliche Zufriedenheit des Patienten geschlossen werden kann: Es fehle ein hypothetisches Konstrukt.

In der Tat ergeben sich, wie eingangs erwähnt, besonders im Vergleich der Teilstichproben (Experimental- / Kontrollgruppe) einige Fragen und Ungereimtheiten, die so nicht erwartet worden waren:

Es war angenommen worden, dass sich die Patientenzufriedenheit durch die Interventionen (peer review und GAS) in der Experimentalgruppe erhöht. In der Auswertung konnte dies nicht bestätigt werden, vielmehr ließen sich eher gegensinnige Tendenzen beobachten, auch wenn diese sich ganz überwiegend als nicht signifikant erwiesen.

Betrachtet man nur die globale Bewertung der Behandlung zu den beiden Erhebungszeitpunkten findet man für beide Teilstichproben und insbesondere in der Experimentalgruppe zu U2 eine niedrigere Bewertung trotz deutlicher (und in der Experimentalgruppe betonter) Verbesserung in den objektiven Ergebnisparametern CGI und GAF [vgl. 6, 7]. Hier deutet sich ein komplexer psychosozialer Regulationsprozess an, in dem auch subjektive Einflussfaktoren zu berücksichtigen sind. Eine mögliche Erklärung dieses (oben beschriebenen) Phänomens bieten mehrdimensionale Ansätze wie das Modell des angepassten Anspruchsniveaus von Campbell et al. [2], nach dem subjektive Zufriedenheit sich aus der Differenz von Anspruchsniveau und wahrgenommener Situation erklärt, wobei sich das Anspruchsniveau allerdings den jeweiligen objektiven Verhältnissen anpasst [vgl. 10]. Demnach könnte eine geringere globale Behandlungszufriedenheit als Zeichen eines höheren Anspruchsniveaus im Genesungsprozess, gemessen am rückläufigen Schweregrad der Erkrankung und einem höheren sozialen Funktionsniveau, gewertet werden: Es scheint nahe liegend, dass in einer Krankheitsphase bei bestehender Krankheitseinsicht und im Wunsch nach Entlastung und Hilfe das Anspruchsniveau soweit abgesenkt ist, dass Behandlungszufriedenheit trotz der vielfältigen Einschränkungen der Selbstbestimmung in einem tagesklinischen Setting resultiert und sich mit und als Zeichen zunehmender Genesung in der Abnahme der globalen Behandlungsbewertung im Therapieverlauf auch eine erneute Justierung des Anspruchsniveaus in Richtung auf „prämorbid“ Werte widerspiegelt und somit als Therapieerfolg zu werten wäre.

Nach eben diesem Muster könnten auch die Bewertungen des bisherigen Behandlungserfolgs zum Zeitpunkt U2 und die Teilaspekte zu den Bereichen Zufriedenheit mit sonstigen Mitarbeitern und sonstigen Therapieangeboten interpretiert werden. Allerdings ist von weiteren subjektiven Faktoren wie z. B. dem Grad der Einflussnahme sozialer Normen oder sozialer Erwünschtheit und von sich überlagernden Effekten mit soziodemografischen und krankheitsimmanenten Faktoren auszugehen.

In der Bewertung der konkreten Frage nach dem entgegengebrachten Respekt könnte sich dagegen plausibel ein Effekt der in der Studie eingesetzten Interventionen andeuten.

Eine hohe Patientenzufriedenheit, wie sie prima vista in einer unkontrollierten Querschnittsstudie als ausgesprochen positiv bewertet werden würde, zeigte sich in dieser kontrollierten Längsschnitterhebung als in ihrer Bewertung und Aussagekraft hochgradig problematisch: Zwar ergab sich auch in dieser Studie ein Zusammenhang zu objektiven Erfolgskriterien, jedoch

scheinen weit mehr Einflussgrößen auf das Konstrukt Patientenzufriedenheit zu existieren, die zukünftig weiter hinterfragt werden sollten.

Abschließend bleibt festzustellen, dass sich erwartete Effekte auf die Patientenzufriedenheit nicht mit dem KliBB abbilden ließen.

Die Ergebnisse und weiterführenden Überlegungen zeigen, dass Fragebögen zur Patientenzufriedenheit in der Evaluation von QS-Projekten nur bedingt nutzbringend einsetzbar sind und die so erhobene Patientenzufriedenheit nicht als Ergebniskriterium herangezogen werden sollte. Unbestritten bleibt, besonders wenn der Fokus auf Unzufriedenheiten denn auf Zufriedenheit gelegt wird, dass die Auseinandersetzung mit Beurteilungen durch den Patienten im Sinne eines internen Qualitätsmanagements positive Veränderungen anschieben kann und sollte [vgl. z.B. 4].

Literatur

- 1 Berger M. Qualitätssicherung - eine Standortbestimmung. In: Haug H-J, Stieglitz R-D, Hrsg. Qualitätssicherung in der Psychiatrie. Stuttgart: Enke, 1995: 7-25.
- 2 Campbell A, Converse PE, Rodgers WL. The Quality of American Life: Perceptions, Evaluations, and Satisfactions. New York: Russell Sage Foundation, 1976.
- 3 Dahling VG. Externe Qualitätssicherung in sieben Berliner Tageskliniken am Beispiel individueller Therapieziele. <http://www.diss.fu-berlin.de/2006/552/index.html>, Online-Publikation, 2007
- 4 Fähnrich E, Smolka M. Die psychiatrische Abteilung im Urteil der Patienten. Eine Nutzerbefragung als Teil der Qualitätssicherung in der Psychiatrie. Psychiatrische Praxis 1998, 25: 72-75.
- 5 Gaebel W. Abschiedssymposium von Prof. Markus Gastpar - Qualitätssicherung ist unverzichtbar. Benchmarking und Qualitätssicherung - ein notwendiges Übel? Psychoneuro 2006, 32:574
- 6 Gruyters Th, Priebe St. Die Bewertung psychiatrischer Behandlungen durch die Patienten - eine Studie zu ihrer Erfassungsmethodik und zeitlichen Stabilität. Fortschritte der Neurologie Psychiatrie 1992, 60: 140-145.
- 7 Gruyters Th. Die Bewertung psychiatrischer Behandlung durch die Patienten. Hamburg: Kovač, 1995.

- 8 Helmchen H. Zwischen Individualisierung und Standardisierung. Ein erfahrungsbegründeter Ermessensspielraum des Arztes muss offen gehalten werden. Deutsches Ärzteblatt 2005, 102:A 886 [Heft 13]
- 9 Hoffmann K, Priebe St, Isermann M, Kaiser W. Lebensqualität, Bedürfnisse und Behandlungsbewertung langzeithospitalisierter Patienten - Teil II der Berliner Enthospitalisierungsstudie. Psychiatrische Praxis 1997, 24: 221-226.
- 10 Leimkühler AM, Müller U. Patientenzufriedenheit – Artefakt oder soziale Tatsache? Nervenarzt 1996, 67: 765-773.
- 11 Möller-Leimkühler AM, Dunkel R, Müller P. Determinanten der Patientenzufriedenheit: Behandlungsbezogene und klinische Variablen, subjektives Krankheitskonzept und Lebensqualität. Fortschritte der Neurologie Psychiatrie 2002, 70: 410-417.
- 12 Priebe St, Gruyters Th, Heinze M, Hoffmann Ch, Jäkel A. Subjektive Evaluationskriterien in der psychiatrischen Versorgung – Erhebungsmethoden für Forschung und Praxis. Psychiatrische Praxis 1995, 22: 140-144.