

Untersuchung der Patientenzufriedenheit in der Psychiatrischen Klinik

Zur quantitativen Befragung von Psychiatriepatienten mit einem Fragebogen, der aufgrund eines qualitativ erarbeiteten Konzepts der Patientenzufriedenheit entwickelt wurde.

Lizentiatsarbeit eingereicht bei

PD Dr. P. C. Meyer
und
Prof. V. Bornschiefer
Soziologisches Institut der Universität Zürich
Rämistrasse 69
8001 **Zürich**

vorgelegt von:

Felix Hanselmann

Zürich, den 24 Januar 2003

Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit untersucht einen von mir mittels qualitativer Methoden entwickelten Fragebogen zur Beurteilung der Patientenzufriedenheit bei einem stationären Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik mittels quantitativer Methoden.

Die Hauptuntersuchung wurde an 5 psychiatrischen Kliniken durchgeführt und es wurden alle austretenden PatientInnen angesprochen. Die 1. Erhebung erfolgte unmittelbar vor dem Austritt, die 2. Erhebung an den gleichen Probanden ca. 10 - 14 Tage später. Aus der 1. Erhebung standen 288, aus der 2. Erhebung 110 auswertbare Fragebogen zur Verfügung. Anlässlich der 1. Erhebung wurde jeder dritte, anlässlich der 2. Erhebung jeder siebte Fragebogen retourniert. An beiden Erhebungen haben sich mehr Frauen beteiligt, die Altersgruppe der 50 - 59-Jährigen war überrepräsentiert, wie auch die halbprivat/privatversicherten und freiwillig eingetretenen PatientInnen. Zwischen den einzelnen Patientensubgruppen gab es gewisse Differenzen im Hinblick auf die erreichten Zufriedenheitswerte: Höhere Werte wurden von Männern, Älteren und Halbprivat-/Privatversicherten angegeben. Die Zufriedenheit der verschiedenen Patientengruppen sind aber zu den zwei Erhebungszeitpunkten nicht konsistent.

Die zweimal durchgeführte Itemanalyse zeigte, dass höchstens 2 - 3 Items Deckenwerte über 70% (max. 75.5%) erreichten, bei einem Durchschnitt über alle Items um 47%. Sowohl der Prozentsatz der Bodenwerte als auch die Zahl der fehlenden Antworten war sehr niedrig. Praktisch alle Items weisen eine Trennschärfe auf, die als gut oder zumindest brauchbar qualifiziert werden kann. Die Faktorenanalyse ergab eine 6 Faktoren-Lösung, welche 59% der Varianz in der 1. bzw. 65% der Varianz in der 2. Erhebung erklärte. Allerdings nur der erste Faktor, der eine allgemeine Zufriedenheit reflektiert und alle Zuf-8 Items beinhaltet, zeigte eine genügende interne Konsistenz und konnte gut reproduziert werden. Der Fragebogen kann als reliabel bezeichnet werden: Die interne Konsistenz des ganzen Fragebogens war mit Cronbach's alpha = 0.89 bzw. 0.91 gut, 10 - 14 Tage Test-Retest-Reliabilität brachte einen Korrelationskoeffizienten $r = 0.74$. Der Fragebogen umfasst die erwünschten zu berücksichtigenden Bereiche und besitzt eine gute Kriteriums- bzw. konvergente Validität.

Die anlässlich der 1. Erhebung festgestellten Zufriedenheitswerte des Zürcher Fragebogens korrelierten mit denjenigen des gleichzeitig abgegebenen, von der H+/KSK anerkannten Münsterlinger Fragebogens mit einem $r = 0.71$. Die durchschnittlichen Zufriedenheitswerte der ganzen Stichprobe waren im Vergleich der 1. mit der 2. Erhebung praktisch identisch, was für die bemerkenswerte Stabilität der Gesamtaussage spricht.

Der vorgelegte Zürcher Fragebogen stellt somit ein gut abgestütztes und verständliches, schnell (durchschnittlich innerhalb von 10 Minuten) ausfüllbares, brauchbares Instrument zur Beurteilung der Patientenzufriedenheit in der Psychiatrie dar.

Im weiteren geht es darum, das dem Fragebogen zugrunde liegende Konstrukt Patientenzufriedenheit weiter zu besprechen. Ebenfalls wird versucht, Möglichkeiten und Grenzen solcher Untersuchungen in Bezug auf Qualitätssicherung aufzuzeigen. Zuletzt gehe ich noch thesenartig auf den Aspekt der Funktion eines Aufenthaltes in der psychiatrischen Klinik ein. Dieser Aspekt sollte bei einer weiterführenden Arbeit am Thema in die bisherigen Überlegungen einbezogen werden.

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG	7
1.1	AUSGANGSSITUATION	7
2	THEORETISCHE VORAUSSETZUNGEN	8
2.1	DEFINITIONEN VON PATIENTENZUFRIEDENHEIT	8
2.2	KONSTRUKT PATIENTENZUFRIEDENHEIT	10
2.3	GROUNDEN THEORY.....	13
2.3.1	<i>Soziologisch konstruierte Kategorien und „natürliche“ Kategorien.....</i>	<i>14</i>
2.3.2	<i>Leitkategorien.....</i>	<i>15</i>
2.4	ZUFRIEDENHEITSUNTERSCHIEDE AUFGRUND SOZIODEMOGRAFISCHER UND STRUKTURELLER MERKMALE	16
2.4.1	<i>Die soziodemografischen Faktoren Alter, Geschlecht, Versicherungsklasse sowie Freiwilligkeit des Aufenthalts.....</i>	<i>16</i>
2.4.2	<i>Organisationssoziologische Aspekte</i>	<i>18</i>
2.4.3	<i>Sozial erwünschtes Antwortverhalten.....</i>	<i>18</i>
3	EXPLORATION	19
3.1	VORGEHEN	19
3.2	PILOTUNTERSUCHUNG	19
3.3	ZÜRCHER FRAGEBOGEN: ERHEBUNG BEI AUSTRITT.....	19
3.3.1	<i>Stichprobe.....</i>	<i>19</i>
3.3.1.1	<i>Rücklauf.....</i>	<i>19</i>
3.3.1.2	<i>Repräsentativität der Stichprobe.....</i>	<i>20</i>
3.3.2	<i>Itemanalyse.....</i>	<i>22</i>
3.3.2.1	<i>Verteilungen</i>	<i>22</i>
3.3.2.2	<i>Trennschärfe</i>	<i>23</i>
3.3.2.3	<i>Dimensionalität.....</i>	<i>24</i>
3.3.2.4	<i>Reliabilität</i>	<i>31</i>
3.3.2.5	<i>Validität</i>	<i>31</i>
3.3.3	<i>Zusammenfassung.....</i>	<i>32</i>
3.4	<i>Münsterlinger Fragebogen: Erhebung bei Austritt.....</i>	<i>33</i>
3.4.1	<i>Stichprobe.....</i>	<i>33</i>
3.4.1.1	<i>Rücklauf.....</i>	<i>33</i>
3.4.1.2	<i>Repräsentativität der Stichprobe.....</i>	<i>33</i>
3.4.2	<i>Itemanalyse.....</i>	<i>34</i>

3.4.2.1	Verteilungen	34
3.4.2.2	Dimensionalität.....	35
3.4.2.3	Reliabilität	38
3.4.3	<i>Zusammenfassung</i>	38
3.5	ZÜRCHER FRAGEBOGEN: 2. ERHEBUNG.....	39
3.5.1	<i>Stichprobe</i>	39
3.5.1.1	Rücklauf.....	39
3.5.1.2	Repräsentativität	39
3.5.2	<i>Itemanalyse</i>	41
3.5.2.1	Verteilungen	41
3.5.2.2	Trennschärfe	42
3.5.2.3	Dimensionalität.....	42
3.5.2.4	Reliabilität	49
3.5.2.5	Validität	49
3.5.3	<i>Zusammenfassung</i>	50
4	GRUPPENVERGLEICHE	52
4.1	GRUPPENVERGLEICHE IN DER ERSTEN UND ZWEITEN ERHEBUNG	52
4.2	ZUFRIEDENHEIT MIT DER BEHANDLUNG UND DER BETREUUNG.....	55
4.3	MULTIVARIATE ANALYSE VON ZUFRIEDENHEITSUNTERSCHIEDEN	56
4.4	ZUSAMMENFASSUNG	57
5	KLINIKVERGLEICHE	59
6	DISKUSSION	61
6.1	VERSUCHSANORDNUNG	61
6.2	RÜCKLAUF	61
6.3	REPRÄSENTATIVITÄT	61
6.4	GRUPPENVERGLEICHE	63
6.5	DATENQUALITÄT	64
6.6	DIMENSIONALITÄT.....	65
6.7	RELIABILITÄT.....	66
6.8	VALIDITÄT	66
6.9	ZUM KONSTRUKT PATIENTENZUFRIEDENHEIT IM FRAGEBOGEN	69
6.10	ABSCHLIESSENDE BEMERKUNGEN ZUR ENTWICKLUNG.....	70

7	INTEGRATION DER LEITKATEGORIEN ZU EINER THEORIE DER PATIENTENZUFRIEDENHEIT	71
7.1	SKALENBILDUNG ZU EINEM VORLÄUFIG ÜBERPRÜFTEN KONSTRUKT DER PATIENTENZUFRIEDENHEIT BEI EINEM STATIONÄREN AUFENTHALT IN DER PSYCHIATRISCHEN KLINIK.....	71
7.2	VERORTUNG DES KONSTRUKTES IM QUALITÄTSDISKURS.....	76
7.2.1	<i>Qualitatives und Quantitatives Konstrukt</i>	<i>76</i>
7.2.2	<i>Bedeutung des psychosozialen Versorgungssystems für die Qualität eines Aufenthaltes in der Psychiatrischen Klinik</i>	<i>78</i>
7.3	EXKURS: GESELLSCHAFTLICHE FUNKTION DER PSYCHIATRIE UND DES PSYCHOSOZIALEN VERSORGUNGSSYSTEMS	80
7.3.1	<i>Beziehung zwischen Formen von sozialer Kontrolle.....</i>	<i>81</i>
7.3.2	<i>Empirische Beziehungen.....</i>	<i>83</i>
7.3.3	<i>Theoretische Perspektiven von sozialer Kontrolle</i>	<i>84</i>
7.3.4	<i>Modellierung von Prozessen der sozialen Kontrolle.....</i>	<i>84</i>
7.4	SCHLUSSFOLGERUNG FÜR DIE VORLIEGENDE ARBEIT	85
7.5	ZUSAMMENFASSUNG	85
8	SCHLUSSBETRACHTUNG UND AUSBLICK.....	87
9	LITERATURVERZEICHNIS.....	88

Anhangverzeichnis

ANHANG 1	ZÜRCHER FRAGEBOGEN ZUR BEURTEILUNG DER PATIENTENZUFRIEDENHEIT.....	91
ANHANG 2	MÜNSTERLINGER FRAGEBOGEN.....	95
ANHANG 3	REPRÄSENTATIVITÄT IN DER ERSTEN ERHEBUNG NACH KLINIKEN.....	99
ANHANG 4	REPRÄSENTATIVITÄT IN DER ZWEITEN ERHEBUNG NACH KLINIKEN.....	102
ANHANG 5:	GRUPPENUNTERSCHIEDE IN DER ZWEITEN ERHEBUNG.....	105
	MULTIVARIATE ANALYSE VON ZUFRIEDENHEITSUNTERSCHIEDEN IN DER ZWEITEN ERHEBUNG	105
ANHANG 6	KLINIKUNTERSCHIEDE	107
	STRUKTURELLE ZUFRIEDENHEITSUNTERSCHIEDE ZWISCHEN DEN KLINIKEN	110

1 Einleitung

1.1 Ausgangssituation

Patientenzufriedenheit wird momentan als qualitätssichernde Massnahme betrachtet, mit deren Hilfe – neben anderen Indikatoren – Prozess- und Ergebnisqualität in der Psychiatrischen Klinik und allgemeiner dem psychosozialen Versorgungssystem sichergestellt wird. Aufgrund der Vorgabe von H+/KSK, dem schweizerischen Dachverband aller Spitäler, sollen alle psychiatrischen Kliniken in der Schweiz, ihre PatientInnen zu ihrer Zufriedenheit zu befragen. Aus diesem Grund wurde an der psychiatrischen Universitätsklinik Zürich für die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich ein Fragebogen zu deren Beurteilung entwickelt und validiert (Modestin et al. 2003). Zur Überprüfung dieses Fragebogens auf seine Validität und Reliabilität wurde im November 2001 eine Pilotuntersuchung an fünf Psychiatrischen Kliniken des Kantons Zürich durchgeführt.

Für die Entwicklung und Validierung des neuen Fragebogens wurden folgende Grundsätze formuliert:

1. Da die Patientenzufriedenheit eine Dimension des Therapie-Outcomes darstellt und in der Zukunft noch weitere Dimensionen zu erfassen sein werden, wurde der Umfang des Fragebogens von vorneherein auf max. 25 Items festgelegt.
2. Der Fragebogen sollte sowohl die H+/KSK-Anforderungen wie auch die testpsychologischen Gütekriterien erfüllen.
3. Der Fragebogen sollte frei und kostenlos allen Interessierten zur Verfügung stehen.
4. Um breite Vergleichbarkeit zu ermöglichen, sollte der etablierte, aber wegen seiner Kürze von H+/KSK nicht akzeptierte Kurzfragebogen Zuf-8 in den zu entwickelnden Zürcher Fragebogen inkorporiert werden.
5. Die einzelnen Items sollten möglichst den Charakter des konkreten Reportings aufweisen, um via entsprechenden Feedback qualitätsfördernde Massnahmen initiieren zu können.

Inwiefern der neu entwickelte Fragebogen diese Anforderungen erfüllen kann und wie es um die Zufriedenheit von PsychiatriepatientInnen bei einem stationären Aufenthalt bestellt ist, soll in der vorliegenden Arbeit untersucht werden.

2 Theoretische Voraussetzungen

2.1 Definitionen von Patientenzufriedenheit

Donabedian (1966) definiert medizinische Leistungen als „the application of the science and technology of medicine, and other health sciences, to the management of a personal health problem“. Gemeint ist hier also die Behandlung im engeren Sinn. Er argumentiert weiter, dass die interpersonalen Aspekte der Versorgung die sozialen und psychologischen Aspekte der Arzt-Patientenbeziehung beinhalten, also die zwischenmenschlichen Aspekte einer Betreuung und Behandlung. Donabedian bezieht sich dann auch noch auf ein drittes Element der medizinischen (psychosozialen) Versorgung, nämlich die Qualität des Aufenthaltes, der Infrastruktur. Gemeint sind hier Wohnen und Essen, wobei in der Kategorie auch die Qualität von Behandlungsräumen eingeschlossen scheint (Cleary, McNeil 1988).

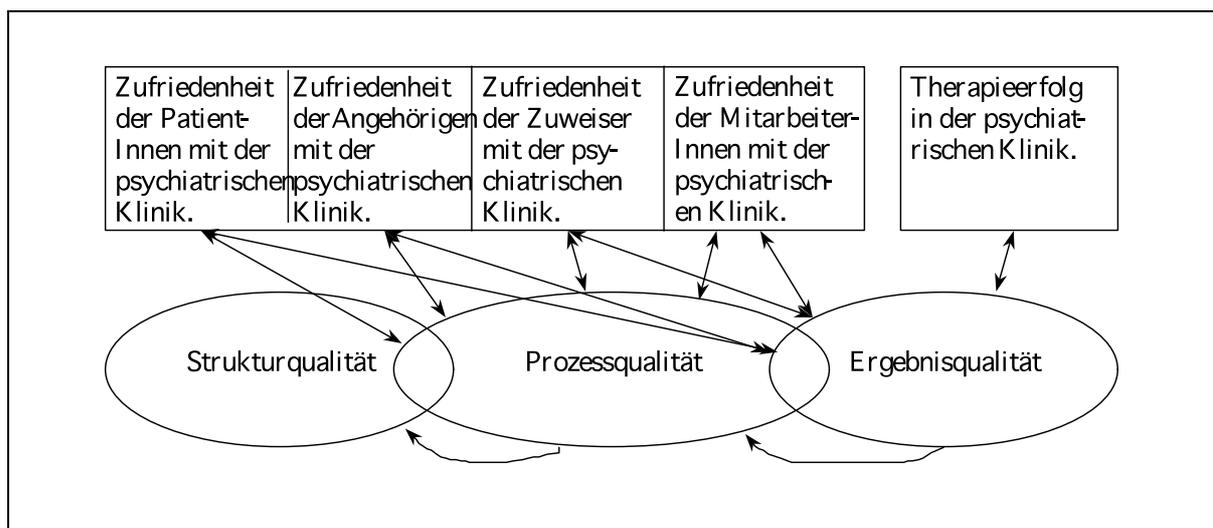


Abbildung 1: Operationalisiertes Donabedianmodell

Es handelt sich in der vorliegenden Grafik um ein operationalisiertes Modell von Donabedian. Es zeigt, welche Akteurgruppen befragt werden müssten, um die Dienstleistungsqualität in der Psychiatrischen Klinik sicherzustellen. Allerdings fehlen dem Modell die interorganisationellen Bezüge. Die Qualität des Zugangs zur Klinik hängt mithin auch von der Organisation dieses Zugangs durch das psychiatrische Versorgungssystem insgesamt ab. Dieser Aspekt ist hier durch die Befragung von Zuweisern operationalisiert.

Es fehlt aber auch der Teil von übergeordneten, funktionalen Gesichtspunkten, welche dazu führen, dass jemand überhaupt in eine Psychiatrische Klinik eingewiesen wird. Beispielsweise wann ein psychisches Leiden als so schwerwiegend erachtet wird, dass eine Einweisung unumgänglich wird und auf Grund von welchen Kriterien jemand der forensischen Psychiatrie zugeführt wird als Alternative zu einem Strafvollzug. Das Modell hat also einige zentrale Schwächen, auf die im Moment nicht weiter eingegangen werden soll. Pascoe (1983) definiert Patientenzufriedenheit als „a health care recipient's reaction to salient aspects of his or her service experience“. Diese Definition stellt also den Gehalt einer kognitiven Selbstevaluation, die eine gefühlsmässige Reaktion auf die erfahrene Behandlung darstellt, in den Vordergrund. Er rückt damit die Subjektivität der Wahrnehmung von Patientenzufriedenheit ins Zentrum. Objektive (strukturelle) Faktoren fehlen bei ihm vollständig. (Spiessl et al. 1999) weisen in ihrer empirischen Untersuchung „Die Ideale stationär-psychiatrische Behandlung aus der Sicht der Patienten“ darauf hin, dass es unterschiedliche Ebenen von Patientenzufriedenheit gibt. Sie stellen in Ihrer Untersuchung einen patientenorientiert entwickelten Fragebogen vor, der einen „Therapiefaktor“, einen „Autonomiefaktor“, einen „Kompetenzfaktor“ und einen „Hotelfaktor“ enthält. Der Fragebogen enthält also objektive wie subjektive Faktoren der Zufriedenheit. Sie kommen in ihrer Studie, in welcher qualitativ mittels Patienteninterviews Kategorien ermittelt wurden, deren Wichtigkeit anschliessend quantitativ durch PatientInnen beurteilt worden sind, zum Schluss, dass neben objektiven (strukturellen) Faktoren die wahrgenommene Autonomie der PatientInnen bei einer psychiatrischen Behandlung eine zentrale Rolle spielt. Generell wird bereits in der Studie von McMillan (1987) darauf hingewiesen, dass Zufriedenheit stark von der Anspruchs- und Erwartungshaltung der PatientInnen beeinflusst wird.

Ein vorläufig letztes Problem in diesem Zusammenhang stellt auch die Frage dar, inwiefern man mit Patientenbefragung etwas über die Ergebnisqualität aussagen kann. (Hannöver et al. 2000) kommen diesbezüglich zum Schluss, dass die wahrgenommene Zufriedenheit der PatientInnen wenig mit dem effektiven Behandlungserfolg korreliert. Im weiteren Inanspruchnahmeverhalten unterscheiden sich aber unzufriedene von zufriedenen PatientInnen.

2.2 Konstrukt Patientenzufriedenheit

Eine Definition von Patientenzufriedenheit hat auch Küttel (1998) in seinem Artikel „Patientenzufriedenheit, wie messen?“ geliefert (vgl. ebenfalls Fitzpatrick 1990: 20f): „Patientenzufriedenheit entsteht in (subjektiver) komplexer, rationaler und emotionaler Verarbeitung der persönlichen Erfahrungen mit den (objektiven) Leistungen des Spitals und steht immer in Bezug zur eingebrachten Erwartungshaltung“ (Küttel 1998 S. 2). Von dieser Definition ging man aus. Sie erfordert es, das Forschungsfeld zu explizieren, innerhalb dessen sich die Patientenzufriedenheit realisiert. Es wurde dabei mit einem Netzwerk nach Kruckenberg (1998) gearbeitet, das in Abbildung 2 dargestellt ist.

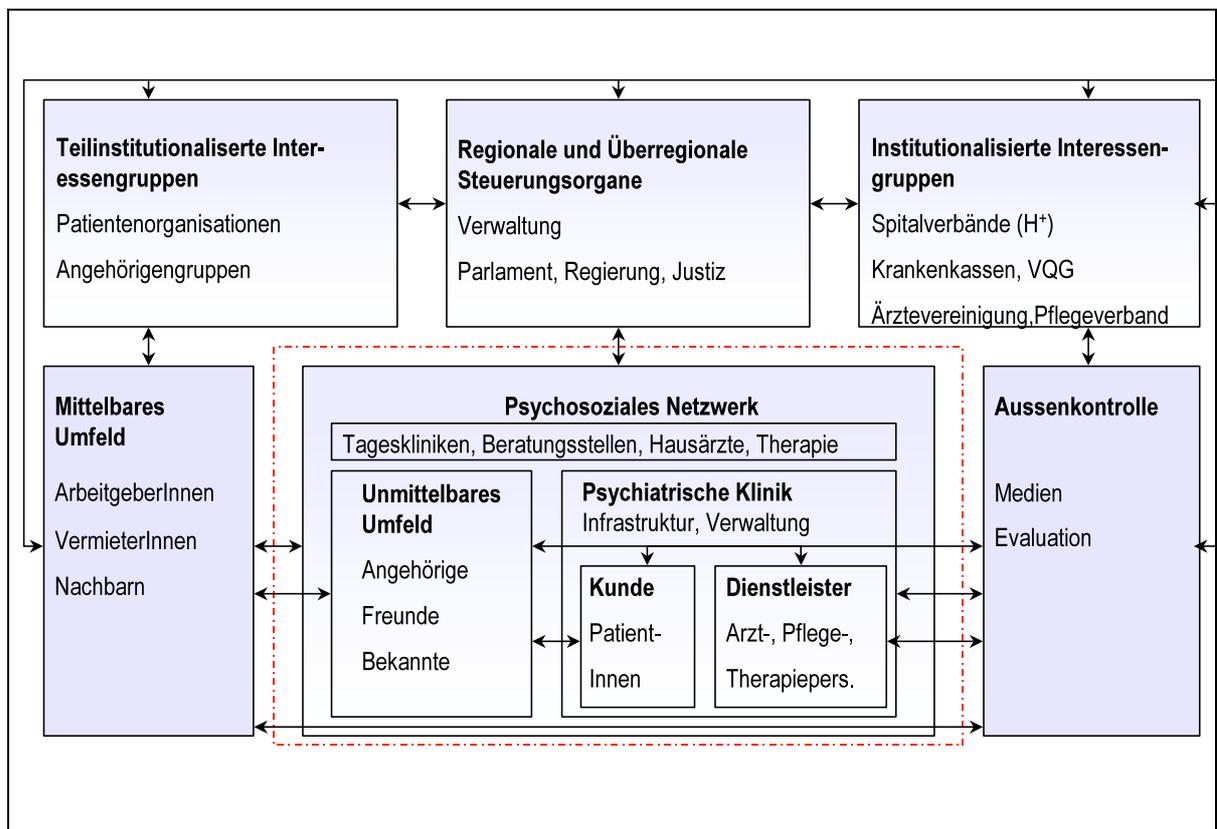


Abbildung 2: Netzwerk psychosoziales Versorgungssystem

Die Abbildung zeigt, dass die psychiatrische Klinik selber in einen grösseren Zusammenhang eingebettet ist und von inneren sowie äusseren Faktoren beeinflusst wird. Innerhalb der Klinik, die man wiederum als Netzwerk betrachten kann, ergeben sich eine Reihe von strukturellen und prozessualen Bedingungen der Patientenzufriedenheit.

Sie sind in Abbildung 3 dargestellt:

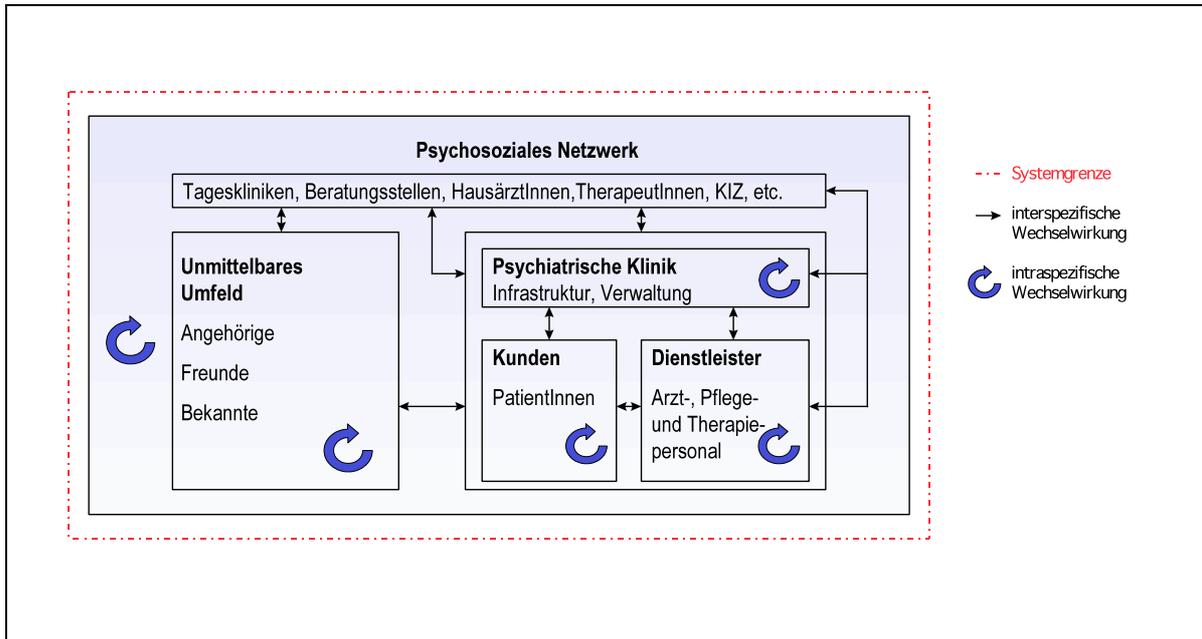


Abbildung 3: Netzwerk psychiatrische Klinik im engeren Sinn

Aus dieser Betrachtungsweise heraus wird in der vorliegenden Arbeit die Patientenzufriedenheit als eine abhängige Variable aufgefasst, die sowohl von der unabhängigen Variable Patient und dessen soziodemographischen Charakteristika sowie von der Eintrittsart abhängt, als auch – wie anzunehmen ist und das Netzwerk psychosoziales Versorgungssystem impliziert – von strukturellen Faktoren dieses psychosozialen Versorgungssystems. Die Qualität der institutionellen Einrichtung, der laufenden institutionellen Prozesse, der erhaltenen Behandlung und Betreuung stellen neben einer Reihe von anderen, in Abbildung 4 zusammengefassten Kategorien, intervenierende Variablen dar.

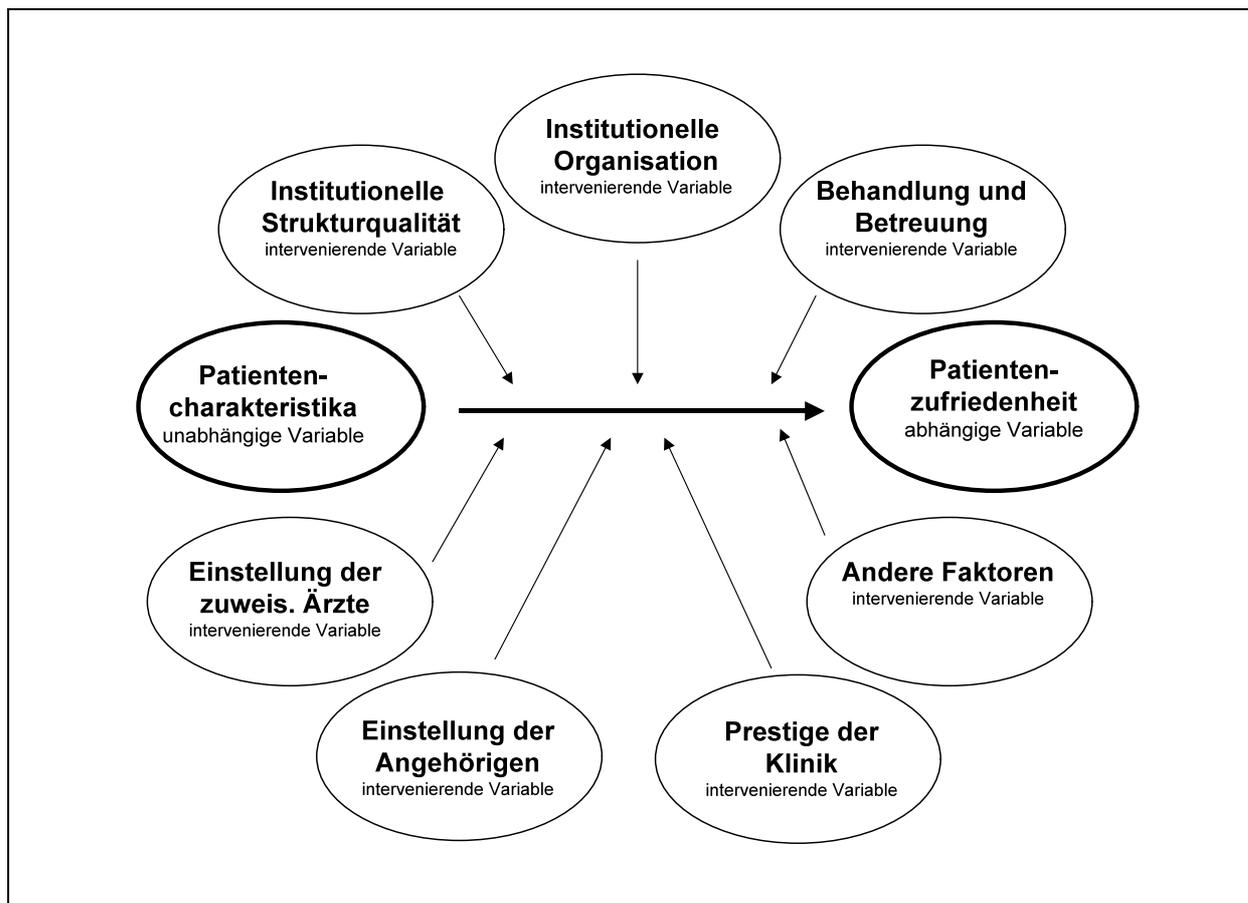


Abbildung 4: Konstrukt Patientenzufriedenheit

Das Zustandekommen dieser Kategorien ist in meiner Forschungsarbeit ausführlich beschrieben und soll hier nur ganz kurz erläutert werden: In einem ersten Schritt wurde mittels Fokusgruppen das Datenmaterial zur Generierung der relevanten Items erhoben. In einem zweiten Schritt wurde das gewonnene Material mittels Grounded Theory kategorisiert. In einem dritten Schritt wurde der Fragebogen konstruiert, in zwei Pretests klinisch getestet, revidiert und erneut getestet, dies sowohl im Hinblick auf praktische Verwendbarkeit wie auch in Hinblick auf testpsychologische Gütekriterien. In der vorliegenden Untersuchung wird es unter anderem wesentlich darum gehen, diese aufgrund der kleinen Stichprobe vorläufigen Resultate der zwei Pretests, die dieser Hauptuntersuchung vorausgegangen sind, erneut zu überprüfen und den Fragebogen mit einer genügend grossen Stichprobe auf seine Reliabilität und Validität zu untersuchen.

2.3 Grounded Theory

„Grounded Theory bedeutet, dass die Theorie ihre Grundlagen in empirischen Daten hat, die systematisch und intensiv analysiert werden“ (Strauss 1998 S. 51). In der vorliegenden Untersuchung hat man sich diesbezüglich an eine in der Untersuchung entwickelte Vorgehensweise gehalten. Der Prozess der Kategorienbildung in Bezug auf die relevanten Faktoren der Patientenzufriedenheit kann mit dem folgenden Schema in Abbildung 5 dargestellt werden.

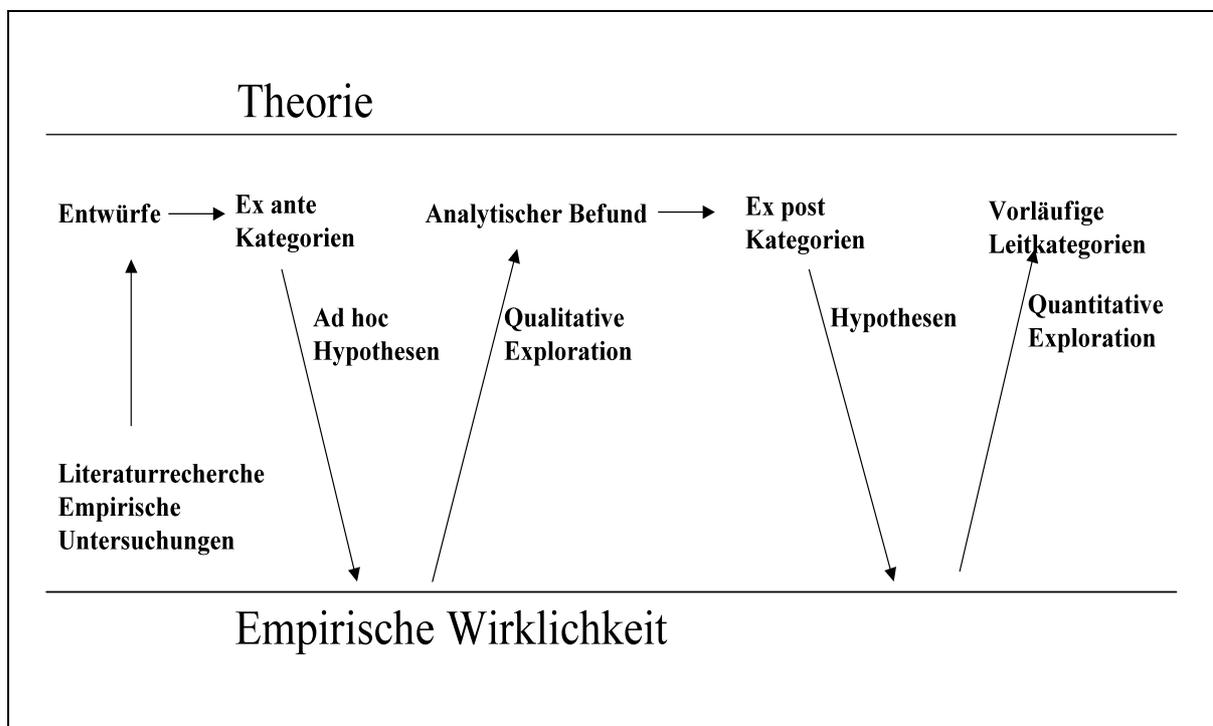


Abbildung 5: Modell der Vorgehensweise nach Grounded Theory

Abbildung 5 zeigt den Verlauf des Forschungsprozesses. Zuerst wurde mittels einer breiten Literaturrecherche ein Überblick über die Forschungsaufgabe – die patientenorientierte Entwicklung eines Fragebogens zur standardmässigen Beurteilung der Patientenzufriedenheit bei einem stationären Aufenthalt in der Psychiatrischen Klinik – verschafft. Aus diesem Entwurf wurden, abweichend von den Anforderungen der Grounded Theory, a priori Kategorien abgeleitet. Aus diesen aus der Literatur gewonnenen oder von H+/KSK vorgegeben Kategorien wurden ad hoc Hypothesen abgeleitet. Mit diesem Vorwissen wurden Fokusgruppendifkussionen durchgeführt. Aus dem gesammelten Material wurden mittels einer analytischen Synthese der qualitativen Untersuchung relevante Kategorien der Patientenzufriedenheit konstruiert (siehe Forschungsarbeit).

Aus den mittels dieser Patientenaussagen generierten Kategorien wurden die relevanten Fragen für den Fragebogen entwickelt. Der Fragebogen wurde in einem ersten Pretest durch PatientInnen ausgefüllt und von ihnen mit Kommentaren zum Fragebogen versehen. Seine Inhaltsvalidität wurde durch Expertenmeinungen überprüft und der Fragebogen erneut getestet und wiederum angepasst. Die vorgeschlagenen Kategorien der Patientenzufriedenheit in Abbildung 5 dürfen also als empirisch gewonnene, vorläufige Leitkategorien betrachtet werden.

2.3.1 Soziologisch konstruierte Kategorien und „natürliche“ Kategorien

Es gibt bei dieser Vorgehensweise zwei Arten von Kategorien. Strauss unterscheidet zwischen soziologisch konstruierten Kategorien und natürlichen Kategorien (ebd. S. 64). Während die erste Art von Kategorien aus der bestehenden Patientenzufriedenheitstheorie abgeleitet ist, entstehen die zweiten aus der Terminologie der Untersuchung selber. Ich ziehe es vor, in diesem Fall von synthetischen Kategorien zu sprechen, welche vor und nach der qualitativen Untersuchung gebildet worden sind. Synthetisch darum, weil die Kategorien aufgrund einer empirischen Untersuchung, also einer Analyse von empirischen Daten gewonnen worden sind. Vor der Untersuchung postulierte Kategorien würde ich eher a priori synthetisch nennen, weil ein Teil der Kategorien, empirisch überprüfte Kategorien der Patientenzufriedenheit sind, die der breiten, bestehenden Patientenzufriedenheitsliteratur und den Vorgaben von H+/KSK entnommen wurden. Nach der Untersuchung würde ich sie eher a posteriori synthetisch nennen, weil einige, wichtige Kategorien aus dem qualitativen Datenmaterial, also aufgrund der Analyse der in meiner Forschungsarbeit beschriebenen, qualitativen Untersuchung gewonnen worden sind. Die Unterscheidung von Strauss scheint mir auch deshalb nicht sinnvoll, weil „natürliche“ Kategorie impliziert, dass es sich um quasi zwangsläufige (eben natürlich gewonnene) Kategorien handeln müsse, wenn sie aus dem empirischen Material stammen. Das ist natürlich keineswegs der Fall. Analytische Kategorien haben immer eine forschungsspezifische Referenz (vgl. Hacking 1999). Es handelt sich – nur schon in Anbetracht des Abstraktionsgrades einer analytischen Kategorie – also in beiden Fällen um aus einer Synthese gewonnene, konstruierte Kategorien.

Im weiteren muss man die zwei Arten von Kategorien zu diesem Zeitpunkt der Untersuchung sowieso als a posteriori Kategorien verstehen: Auch wenn die entsprechenden Kategorien bereits vor der qualitativen Untersuchung postuliert worden sind, konnten sie zwangsläufig erst nach der qualitativen Untersuchung mit konkreten Inhalten gefüllt werden.

Trotzdem sind die eigentlichen a posteriori Kategorien von einem anderen Typ: Sie unterschieden sich dadurch, dass sie während oder nach der qualitativen Untersuchung postuliert worden sind; also erst zu diesem Zeitpunkt sowohl mit Namen als auch mit Inhalten versehen werden konnten.

2.3.2 Leitkategorien

Als Leitkategorien werden alle diejenigen Kategorien bezeichnet, die nach der quantitativen Untersuchung das Konzept Patientenzufriedenheit hauptsächlich bestimmen. Also sowohl alle ex ante gebildeten, als auch alle ex post gebildeten Kategorien, welche vorläufig systematisch in der qualitativen Analyse bestimmt und expliziert wurden und die der quantitativen Untersuchung standhalten¹ können. Obwohl in unserem Fall bereits qualitativ und quantitativ untersucht wurde, müssen die vorhandenen Kategorien auf Grund der zunächst relativ kleinen Stichprobe im Pretest als vorläufige gelten. Vorläufig werden diese Leitkategorien aber auch bleiben, da diese Leitkategorien nur einen Teil des von mir gesuchten Konstruktes abzubilden vermögen. Es wird aber zu diskutieren sein, welche Änderungen sich durch diese gross angelegte, mit einem aufwändigen Forschungssetting durchgeführte Untersuchung ergeben.

Der Versuch diese nach der Untersuchung verifizierten Leitkategorien zu einer Theorie der Patientenzufriedenheit zu integrieren wird in Kapitel 7 S. 71f. unternommen.

¹ Vorläufig systematisch meint hier, dass es in der vorliegenden Untersuchung ja gerade darum geht, die Richtigkeit und Vollständigkeit systematisch, mittels quantitativer Methoden, zu untersuchen. Die qualitative Untersuchung hatte rein explorativen Charakter. Es ging dort darum, die relevanten Kategorien in einem ersten Schritt zu finden und zu explizieren. Systematisch war sie aber insofern, als sie während der ganzen Untersuchung einem vorher bestimmten Vorgehen folgte und auch für die Fokusgruppendifkussionen selber ein ganz bestimmtes, nämlich ein „operatives“ Setting eingehalten hat, um Vergleiche zwischen den Fokusgruppen machen zu können. Und systematisch ist sie auch deswegen, weil dieses Konstrukt bereits in zwei Pretests, allerdings mit kleinem N, bereits quantitativ überprüft worden ist.

2.4 Zufriedenheitsunterschiede aufgrund soziodemografischer und struktureller Merkmale

2.4.1 Die soziodemografischen Faktoren Alter, Geschlecht, Versicherungs- klasse sowie Freiwilligkeit des Aufenthalts

Um die soziale Struktur der untersuchten Patientengruppen sowie die strukturellen Voraussetzungen eines Aufenthaltes in der Psychiatrischen Klinik einigermaßen verorten zu können, wurden in der vorliegenden Befragung die oberflächlichen Strukturmerkmale Alter, Geschlecht, Versicherungs-klasse, sowie Freiwilligkeit des Aufenthaltes in der psychiatrischen Klinik abgefragt. Diese „objektiven“ Faktoren für die Beurteilung von Zufriedenheitsunterschieden sind erstens sehr minimal, weil der vorliegende Fragebogen gemäss Vorgabe in seinem Umfang klar beschränkt war. Darüberhinaus wollte man die befragten PatientInnen auch bewusst nicht genauer identifizieren, die Patientendaten des Fragebogens sollten nicht mit den psychiatrischen Basisdaten verknüpft werden. Dies, weil es organisatorisch einen grossen, zusätzlichen Aufwand bedeutet hätte und befürchtet wurde, die Akzeptanz der Befragung, welche bereits aufgrund des aufwändigen Untersuchungsdesigns als gering eingestuft wurde, mit einer solchen Massnahme noch zusätzlich zu verringern. Die Validierung des Fragebogens stand im Vordergrund. Das soziologische Interesse an soziodemografischen und strukturellen Zufriedenheitsunterschieden aufgrund unterschiedlicher Sozialstruktur der PatientInnen musste daher in den Hintergrund treten. Darüber hinaus entstand die Einsicht, dass es wohl zunächst notwendig war herauszufinden, welche „objektiven“ Kriterien sich aus soziologischer Perspektive als relevant erweisen würden. Die hier verwendeten unabhängigen Variablen wurden im wesentlichen der Patientenzufriedenheitsliteratur entnommen.

Die soziodemografische Kategorie Alter scheint eine relevante Grösse der subjektiven Zufriedenheitswahrnehmung zu sein. Verschiedene Studien aus Deutschland berichten Unterschiede der Zufriedenheit aufgrund des Alters der PatientInnen (Spiessl, Cording, Klein 1995, Spiessl et al. 1996, Spiessl et al. 1997). Eine Reihe von Patientenzufriedenheitsstudien haben diesen Effekt nicht untersucht (Schmidt et al. 1989, Svensson et al. 1994, Swoboda et al. 2000, Shipley et al. 2000). In diesen Untersuchungen standen andere Untersuchungsinteressen im Vordergrund oder aber andere selektierende Merkmale der Zufriedenheitsunterschiede wurden als wichtiger beurteilt. i. e. diagnosespezifische Merkmale, Wiedereintrittsraten oder institutionsspezifische Kriterien wie Art der Abteilung oder Art der Klinik (Bezirkskliniken, Universitätskliniken, etc.).

Mit der Versicherungskategorie sollte eine einfache statusspezifische Unterteilung des Patientenguts erreicht werden. Dieser Aspekt lässt sich mit der Schichtproblematik begründen. Die Hypothese dazu, dass PatientInnen mit höherem sozialen Status eine höhere Zufriedenheit erwarten lassen, gründet darauf, dass sie aufgrund Ihres Status in der Regel sozial besser integriert sind (vgl. Bertram 1981, Hartmann 1985, Strasser 1985). Freilich ist die diesbezügliche Variable Versicherungskategorie ein sehr grobes Mass, um diese Statuszugehörigkeit zu kontrollieren. Es ist ja sehr wohl möglich, dass PatientInnen einen hohen sozialen Status besitzen, aber trotzdem nur allgemeinversichert sind. Umgekehrt wird es aber nicht sehr wahrscheinlich sein - wenn auch nicht auszuschliessen ist, dass PatientInnen mit niedrigem sozialen Status halbprivat- oder privatversichert sind. Auch die geschlechtsspezifisch unterschiedliche Wahrnehmung ist in den oben genannten Studien zum Teil untersucht worden. Allerdings sind die Resultate hierzu widersprüchlich. Während Spiessl (1995) findet, dass sich Frauen positiver über den Aufenthalt in der Psychiatrischen Klinik äussern, findet Keller (2000), dass die diesbezüglichen Resultate nicht so eindeutig seien und erst weitere in die Untersuchung einzubeziehende Faktoren wie Diagnose eine differenziertere Sicht dieses „objektiven“ Faktors möglich machten. Diagnosespezifische Aspekte der Zufriedenheit, welche in der Studie von Keller für weit wichtiger erachtet werden, müssten also die klassische unabhängige Variable Geschlecht ergänzen. Es ist klar, dass bei den gesuchten systematischen Effekten von Zufriedenheitsunterschieden heterogene Einflüsse eine Rolle spielen. Es wird aber nicht abschliessend klar, welche Faktoren wirklich wichtig sind.

Die Zufriedenheitswahrnehmung mit einem stationären Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik hängt auch wesentlich von der Erwartungshaltung ab (vgl. Spiessl 1999, Keller 2000). Die Erwartungshaltung spielt, wie durch verschiedene Untersuchungen (vgl. Spiessl et al. 1997 u.a.) empirisch belegt, eine wichtige Rolle. Der vorliegende Fragebogen fragt diese ebenfalls ab. Die Erwartungshaltung hat aber auch einen funktionalen Aspekt. Die Hypothese hierzu ist, dass sich die Erwartungshaltung grundsätzlich unterscheidet, je nach dem auf welche Weise die PatientInnen in die Klinik eingetreten sind. Um diesen Aspekt zu kontrollieren wurde die Variable Eintrittsart eingeführt. Die PatientInnen gaben jeweils an, ob sie freiwillig oder unfreiwillig in die Klinik eingetreten waren. Obwohl das auch wieder eine sehr einfache Art der Operationalisierung ist, erwarte ich, dass sich aufgrund der diesbezüglichen Zufriedenheitsunterschiede eindeutige Gruppenunterschiede ergeben.

2.4.2 Organisationssoziologische Aspekte

„Die Patientenzufriedenheit in verschiedenen psychiatrischen Krankenhäusern ist unterschiedlich: Die Einstellung von PatientInnen in Universitätskliniken ist positiver als die in anderen psychiatrischen Kliniken“ (Jones 1964). Es gibt offenbar auch noch strukturell bedingte Unterschiede von Zufriedenheit mit einem Aufenthalt in der Psychiatrischen Klinik. Spiessl (1996) findet zwar klinikspezifische Unterschiede der Patientenzufriedenheit, sie sind aber nicht so eindeutig. Ein Problem in der Bestimmung dieser Klinikunterschiede ist wiederum, dass diagnosespezifische Faktoren in der eigenen Untersuchung nicht kontrolliert werden können. Und daher kann in der vorliegenden Untersuchung der Grad der klinikbedingten, strukturellen Unterschiede nur eingeschränkt untersucht werden.

2.4.3 Sozial erwünschtes Antwortverhalten

Viele PatientInnen antworten – insbesondere bei skalierten Antwortmöglichkeiten – sozial erwünscht. Hier spielt sicher die abhängige Beziehung der PatientInnen zur Psychiatrischen Klinik eine wichtige Rolle (Spiessl 1996). Die soziale Erwünschtheit der Antworten spiegelt sich oft in einer generell sehr hohen Zufriedenheit mit dem Aufenthalt in der Psychiatrischen Klinik. Wiederum wird es aber nur sehr eingeschränkt möglich sein, diesen Effekt empirisch nachzuweisen. Es ist ja nicht klar, wie eine zu erwartende hohe Zufriedenheit zu Stande kommt. Es musste insofern von einem diesbezüglichen Bias ausgegangen werden, als in der qualitativen Untersuchung zum Teil relativ hohe Unzufriedenheit mit einzelnen Aspekten (z.B. Qualität der Behandlung und der Betreuung) zum Ausdruck gebracht worden waren. Die diesbezüglich zu erwartenden Verzerrungen – auch aufgrund der beiden Pretests – können hier aber kaum systematisch belegt werden. Das Forschungssetting ist nicht entsprechend angelegt worden.

3 Exploration

3.1 Vorgehen

Im Rahmen der Hauptstudie wurden zwei Erhebungen vorgenommen. In der 1. Erhebung wurde der Fragebogen den austretenden PatientInnen zusammen mit dem Münsterlinger Fragebogen vorgelegt. Die 2. Erhebung folgte rund 10 Tage nach dem Austritt: Die PatientInnen erhielten nochmals den Zürcher Fragebogen nach Hause zugeschickt mit der Bitte, diesen wiederum auszufüllen und im beigelegten vorfrankierten Antwortcouvert zurückzuschicken. Alle austretenden PatientInnen wurden über das ganze Vorgehen vorgängig schriftlich informiert und um Mitarbeit ersucht. Volle Anonymität wurde ihnen zugesichert. Die Studie wurde an fünf Zürcher regionalen Psychiatrischen Klinik durchgeführt (Psychiatrische Universitätsklinik, Psychiatrisches Sanatorium Kilchberg, PK Hard, PK Hohenegg, PK Schlössli), und zwar im September und Oktober 2001.

3.2 Pilotuntersuchung

Die Änderungen aus dem 2. Pretest wurden für den im Pilot verwendeten Fragebogen vorgenommen und die Fragebogenversion für die Pilotuntersuchung ist im Anhang 1 S. 91 zu sehen. Es wurde neu eine Kategorie „betrifft mich nicht“ für die Fragen 7, 10, 13, 14 und 21 eingeführt². Diese Fragen betrafen nur einen gewissen Prozentsatz der PatientInnen. Diese konnten oder wollten die betreffenden Fragen nicht beantworten. Ansonsten blieb der Fragebogen unverändert. Das Layout und die Anleitung zum Ausfüllen des Fragebogens wurden verbessert. Man entschied sich für eine neue Nummerierung.

3.3 Zürcher Fragebogen: Erhebung bei Austritt

3.3.1 Stichprobe

3.3.1.1 Rücklauf

Der Rücklauf war erwartungsgemäss recht tief. Von den gesamthaft in den fünf Kliniken im Erhebungszeitraum ausgetretenen 961 PatientInnen haben nur 288 einen berechenbaren Fragebogen ausgefüllt. Dazu kommen noch 38 leer zurückerhaltene Bogen.

² Die Fragen wurden geändert, wie das aufgrund der Resultate des 2. Pretestes nahe gelegt worden war. Die Fragen haben aber im Pilot eine andere Nummerierung. Deshalb stimmt sie nicht mehr mit derjenigen im zweiten Pretest überein.

Das entspricht einem Rücklauf von 33.9%. Es mussten 68 Fragebogen - die hier demnach auch nicht mitgezählt sind - wegen eines Designfehlers ausgeschlossen werden, da sie nicht eindeutig der ersten oder der zweiten Erhebung zugeordnet werden konnten.

3.3.1.2 Repräsentativität der Stichprobe

Die Repräsentativität einer Untersuchung wird überprüft, indem die Untersuchungsstichprobe mit dem Gesamt im Untersuchungszeitraum ausgetretenen PatientInnen verglichen wird. Die Zahlen beziehen sich auf das Patiententotal der fünf am Pilot teilnehmenden Kliniken. Für die Frage nach der Eintrittsart waren für den Vergleich nur die Daten von zwei Kliniken erhältlich. Es wurde mit einem Chiquadrattest untersucht, ob die Stichprobe signifikant von der Grundgesamtheit abweicht. Die asymptotische Abweichung wurde mit dem Chiquadrat nach Pearson untersucht. Der Wert des Chiquadrats wird auf seine Signifikanz der Abweichung untersucht. Werte < 0,05 gelten dabei als schwach signifikant, Werte < 0,01 als signifikant und Werte < 0,000 als hochsignifikant. (vgl. Bortz 1989 S. 187f.). Die Resultate des Vergleichs sind in Tabelle 1 ersichtlich.

Tabelle 1: Ausgetretene PatientInnen gesamthaft und in der Erhebung bei Austritt im Untersuchungszeitraum

Gesamt	Grundgesamtheit		Stichprobe				Chi q. n.		
	Gesamthaft	Prozent	beobachtet	Prozent	erwartet	Prozent	Pearson	df	P-Wert
Geschlecht	961	100,0%	288	100,0%	288,000				
männlich	510	53,1%	131	45,0%	152,841	53,0%			
weiblich	451	46,9%	157	54,0%	135,159	47,0%			
Abweichung Stichprobe von Grundgesamtheit							6,650	1	0,010
Alterskategorie	961	100,0%	286	100,0%	286,000	100,0%			
10 - 19 Jahre	45	4,7%	15	5,2%	13,392	4,7%			
20 - 29 Jahre	181	18,8%	65	22,7%	53,867	18,8%			
30 - 39 Jahre	266	27,7%	72	25,2%	79,163	27,7%			
40 - 49 Jahre	200	20,8%	57	19,9%	59,521	20,8%			
50 - 59 Jahre	115	12,0%	45	15,7%	34,225	12,0%			
60 - 69 Jahre	56	5,8%	18	6,3%	16,666	5,8%			
70 + Jahre	98	10,2%	14	4,9%	29,165	10,2%			
Abweichung Stichprobe von Grundgesamtheit							14,631	6	0,023
Versicherungsklasse	960	100,0%	284	100,0%	284,000	100,0%			
Allgemein	855	89,1%	217	76,4%	252,938	89,1%			
Halbprivat	60	6,3%	37	13,0%	17,750	6,3%			
Privat	45	4,7%	30	10,6%	13,313	4,7%			
Abweichung Stichprobe von Grundgesamtheit							46,912	2	0,000
Eintrittsart	158	100,0%	85	100,0%	85,000	100,0%			
freiwillig	133	84,2%	80	94,1%	71,551	84,2%			
Gegen meinen Willen	25	15,8%	5	5,9%	13,449	15,8%			
Abweichung Stichprobe von Grundgesamtheit							6,297	1	0,012

Frauen beteiligten sich überdurchschnittlich an der Studie, während sich Männer unterdurchschnittlich daran beteiligten. Ein häufiger aber nicht eindeutiger Befund (vgl. Spiessl et al. 1995). Die Abweichung der Stichprobe bezüglich der Grundgesamtheit ist auf dem 1%-Niveau signifikant.

Die Repräsentativität in Bezug auf die Altersverteilung zeigt folgende Auffälligkeiten: Die Altersgruppe der 20 bis 29 Jährigen ist übervertreten. Das gilt auch für diejenige der 50 bis 59 Jährigen. Die Altersgruppen der 70 bis über 90 Jährigen ist erheblich untervertreten. Die Abweichungen der Stichprobe von der Grundgesamtheit sind auf dem 5%-Niveau signifikant.

Für die Versicherungsklasse gilt, dass allgemeinversicherte PatientInnen erheblich untervertreten sind, während sowohl die halbprivat-, wie die privatersicherten PatientInnen übervertreten sind. Die Abweichungen der Stichprobe von der Grundgesamtheit sind hochsignifikant.

Freiwillig eingetretene PatientInnen haben sich an der Studie viel öfter beteiligt als solche, die mit einem FFE eingetreten sind. Die unfreiwillig eingetretenen PatientInnen sind erheblich untervertreten. Die Abweichungen der Stichprobe von der Grundgesamtheit sind auf dem 2%-Niveau signifikant.

Betrachtet man die Repräsentativität auf Klinikebene siehe Anhang 3 S. 99 zeigt sich bei der Geschlechterverteilung ebenfalls der Befund, dass sich Frauen mehr an der Studie beteiligten als Männer. Allerdings sind die Abweichungen weniger stark und nur bei einer Klinik weicht die Stichprobe signifikant von der Grundgesamtheit ab.

Bezüglich der Altersverteilung weicht die Stichprobe ebenfalls nur bei einer Klinik signifikant auf dem 1%-Niveau von der Grundgesamtheit ab. Es gibt aber keine systematischen Abweichungen von bestimmten Altersgruppen.

Bezüglich der Versicherungsklasse ergeben sich eindeutige Abweichungen zwischen Stichprobe und Grundgesamtheit. Allgemeinversicherte PatientInnen sind generell untervertreten.

Bei der Eintrittsart waren nur die Daten von zwei Kliniken erhältlich. Auch hier gibt es keinen eindeutigen Befund. Während in der Klinik Kilchberg die Abweichungen auf dem 5%-Niveau signifikant sind, sind die Abweichungen in der Klinik Hohenegg als zufällig zu betrachten. Tendenziell sind aber die zwangsweise Eingetretenen PatientInnen untervertreten.

3.3.2 Itemanalyse

3.3.2.1 Verteilungen

Tabelle 2 zeigt die fehlenden Werte, die Prozentangaben der höchsten Zustimmung (Deckenwerte) und der geringsten Zustimmung (Bodenwerte). Es wurde bei jeder Frage angegeben, auf welche Anzahl sich die Aussage bezieht. Fehlende Werte von über 10% gelten als problematisch. Dies gilt ebenfalls für Deckenwerte von über 70%. Das sind willkürlich festgelegte Werte, die sich aber in der Praxis als relevant erwiesen haben (vgl. McHorney 1994).

Tabelle 2: Fehlende Werte, Boden- und Deckenwerte in der Erhebung bei Austritt

Anzahl berechenbare Fragebogen 291					
Fragen	Frageummer	Anzahl	Missing %	Deckenwert %	Bodenwert %
Klinik		290	0,3%		
Altersgruppe		286	1,7%		
Geschlecht		288	1,0%		
Versich.art		284	2,4%		
Eintrittsart		284	2,4%		
Information Eintritt	Frage 1	278	4,5%	49,1%	2,4%
Ankunft Station	Frage 2	278	4,5%	61,9%	1,0%
Zufriedenheit Zimmer	Frage 3	287	1,4%	47,8%	4,5%
Qualität Essen	Frage 4	284	2,4%	36,8%	4,5%
Info An-/Abwesenheit	Frage 5	282	3,1%	31,3%	3,8%
Einbezug Behandlungsziele	Frage 6	276	5,2%	48,1%	1,4%
Mitbestimmung Therapien	Frage 7	258	2,1%	27,5%	5,8%
Respekt ÄrztInnen	Frage 8	282	3,1%	72,9%	1,7%
Respekt Pflege	Frage 9	281	3,4%	62,9%	1,7%
Respekt TherapeutInnen	Frage 10	251	2,7%	64,6%	4,5%
Fachkompetenz ÄrztInnen	Frage 11	282	3,1%	67,4%	1,0%
Gespräche ÄrztInnen	Frage 12	283	2,7%	59,1%	1,4%
Info Medikamente	Frage 13	258	5,8%	27,1%	4,8%
Einbezug Angehörige	Frage 14	190	5,2%	44,0%	2,4%
Qualität Behandlung (Zuf-8)	Frage 15	278	4,5%	22,0%	1,7%
Behandlung entsprochen (Zuf-8)	Frage 16	277	4,8%	29,9%	1,4%
Hilfe Probleme (Zuf-8)	Frage 17	280	3,8%	49,8%	1,4%
Ausmass Hilfe (Zuf-8)	Frage 18	281	3,4%	34,4%	3,4%
Zufrieden Behandlung (Zuf-8)	Frage 19	279	4,1%	36,8%	2,1%
Vorbereitung Entlassung	Frage 20	276	5,2%	37,8%	2,1%
Organisation Nachbetreuung	Frage 21	255	4,5%	41,6%	2,4%
Zeitpunkt Entlassung	Frage 22	280	3,8%	72,5%	1,4%
Zufrieden mit Klinik (Zuf-8)	Frage 23	284	2,4%	37,1%	2,1%
Wiederkommen (Zuf-8)	Frage 24	284	2,4%	55,0%	2,4%
Weiterempfehlung Klinik (Zuf-8)	Frage 25	284	2,4%	53,6%	3,4%

Die fehlenden Werte liegen alle unter 10% und können als gering angesehen werden. Die Antwortverteilungen sind generell linksschief wie bei Patientenzufriedenheitsuntersuchungen häufig. Aber lediglich die Deckenwerte der Fragen 8 nach dem Respekt der Ärzte gegenüber den PatientInnen und Frage 22 nach dem richtigen Zeitpunkt des Austritts liegen knapp über 70%.

3.3.2.2 Trennschärfe

Die Trennschärfe eines Items wird mit der Item Korrelation r gemessen. Eine Frage mit einem $r \geq 0,4$ gilt als trennscharfe Frage, eine Frage mit einem $r \geq 0,3$ und $\leq 0,4$ als brauchbare Frage. Eine Frage mit einem $r \geq 0,2$ und $\leq 0,3$ als revisionsbedürftig und eine Frage mit einem $r < 0,2$ als unbrauchbar. (vgl. Hirsig 1993 Kap. 7.12).

Tabelle 3: Trennschärfe der Items in der ersten Erhebung

Frage	Fragenummer	Item Korrelation r
Information Eintritt	Frage01	0,3866
Ankunft Station	Frage02	0,5122
Zufriedenheit Zimmer	Frage03	0,3199
Qualität Essen	Frage04	0,2959
Info An-/Abwesenheit	Frage05	0,4654
Einbezug Behandlungsziele	Frage06	0,5976
Mitbestimmung Therapien	Frage07	0,32
Respekt ÄrztInnen	Frage08	0,4276
Respekt Pflege	Frage09	0,3906
Respekt TherapeutInnen	Frage10	0,2072
Fachkompetenz ÄrztInnen	Frage11	0,4464
Gespräche ÄrztInnen	Frage12	0,4681
Info Medikamente	Frage13	0,5109
Einbezug Angehörige	Frage14	0,3094
Qualität Behandlung (Zuf-8)	Frage15	0,6537
Behandlung entsprochen (Zuf-8)	Frage16	0,6282
Hilfe Probleme (Zuf-8)	Frage17	0,5688
Ausmass Hilfe (Zuf-8)	Frage18	0,6644
Zufrieden Behandlung (Zuf-8)	Frage19	0,7094
Vorbereitung Entlassung	Frage20	0,532
Organisation Nachbetreuung	Frage21	0,5293
Zeitpunkt Entlassung	Frage22	0,3559
Zufrieden mit Klinik (Zuf-8)	Frage23	0,65
Wiederkommen (Zuf-8)	Frage24	0,6171
Weiterempfehlung Klinik (Zuf-8)	Frage25	0,543

Wie aus der Tabelle 3 ersichtlich, ist die Frage 4 nach der Qualität des Essens und die Frage 10 nach dem Respekt des Therapiepersonals gegenüber den PatientInnen revisionsbedürftig.

3.3.2.3 Dimensionalität

Für die Beurteilung der Dimensionalität wurden wiederum die berechenbaren Fragebogen verwendet. Fragebogen, die mindestens zu 80 % beantwortet worden waren, wurden mit dem durchschnittlichen Mittelwert der Antworten des jeweiligen Fragebogens ergänzt. Bei mehr als 20 % fehlender Werte wurde der Fragebogen ausgeschlossen. Dies ist eine übliche Imputationsmethode.

Die Dimensionalität des Fragebogens - also die Frage, inwiefern der Fragebogen verschiedene Aspekte der Patientenzufriedenheit abdeckt – wird mit einer Faktorenanalyse überprüft. Es handelt sich um eine Hauptkomponentenanalyse mit Varimax Rotation. Es wird eine Lösung mit Eigenwerten über eins, eine forcierte Zweifaktorlösung und eine forcierte Lösung mit vier Faktoren diskutiert. Die erste Lösung erklärt dabei die grösste Varianz, die Zweifaktorlösung reduziert die Patientenzufriedenheit auf ihre wesentlichen Erklärungsfaktoren im vorliegenden Konstrukt und die forcierte Vierfaktorlösung repliziert das qualitativ explorierte Konstrukt am besten.

Das Mass der Stichprobenneigung nach Kaiser-Meyer-Olkin sowie der Bartletttest auf Sphärizität zeigen die Resultate, die in Tabelle 5 ersichtlich sind. Diese Werte sind nur einmal aufgeführt, sie sind für alle drei Lösungen gleich.

Tabelle 4: KMO- und Bartlett-Test

Maß der Stichprobeneignung nach Kaiser-Meyer-Olkin.		,890
Bartlett-Test auf Sphärizität	Ungefähres Chi-Quadrat	2579,534
	df	300
	Signifikanz nach Bartlett	,000

Das Kaiser-Meyer-Olkin-Mass beträgt 0,89 und der Bartlett-Test ist hochsignifikant. Der Screeplot zeigt den Erklärungsanteil der Varianz von jeder Frage. Er ist in Abbildung 2 ersichtlich.

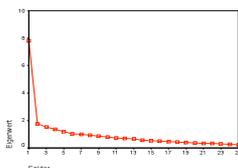


Abbildung 6: Screeplot in der Erhebung bei Austritt

Der Plot zeigt deutlich einen Knick nach zwei Faktoren. Das heisst die beiden ersten Faktoren tragen am meisten zur Erklärung der Varianz bei.

Die Hauptkomponentenanalyse mit Eigenwerten grösser als eins zeigt die in Tabelle 5 ersichtliche Lösung. Ladungen kleiner 0,3 wurden der Übersichtlichkeit wegen weggelassen.

Tabelle 5: Faktorenanalyse Eigenwert grösser 1

	Komponente					
	1	2	3	4	5	6
Wiederkommen (Zuf-8)	,778					
Zufrieden m. Klinik (Zuf-8)	,737					
Zufrieden Behandl. (Zuf-8)	,717		,316			
Behandlung entspr. (Zuf-8)	,694					
Ausmass Hilfe (Zuf-8)	,675					
Hilfe Probleme (Zuf-8)	,668					
Qualität Behandl. (Zuf-8)	,661					
Weiterempfehlung (Zuf-8)	,625				,302	
Fachkompetenz ÄrztInnen		,715				
Gespräche ÄrztInnen		,694	,366			
Info Medikamente	,308	,516				
Einbezug Behandlungsziele	,420	,504				,342
Vorbereitung Entlassung			,736			
Organisation Nachbetreuung			,731			
Zeitpunkt Entlassung	,324		,598			
Respekt TherapeutInnen				,804		
Respekt Pflege				,775		
Respekt ÄrztInnen		,317		,668		
Information Eintritt					,770	
Ankunft Station					,686	
Qualität Essen					,480	
Einbezug Angehörige			,345		,406	
Mitbestimmung Therapien						,705
Zufriedenheit Zimmer					,363	,595
Info An-, Abwesenheit Personal						,544

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse.

Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung.

a. Die Rotation ist in 7 Iterationen konvergiert.

Die Hauptkomponentenanalyse mit Eigenwert grösser eins extrahiert sechs Faktoren. Mit der Lösung kann am meisten Varianz aufgeklärt werden. Nämlich 58,6 %.

Inhaltlich laden auf dem ersten Faktor alle Zuf-8 Items. Die Items fragen nach der Behandlung und nach dem Klinikimage / der Weiterempfehlung der Klinik.

Der zweite Faktor beinhaltet Fragen zur Zufriedenheit mit den Ärzten. Allerdings lädt die Frage nach dem Einbezug in die Behandlungsziele auch einigermaßen hoch auf dem Behandlungsfaktor. Das gilt in geringerem Mass auch für die Information zu Wirkung und Nebenwirkung der Medikamente.

Auf dem dritten Faktor laden die Fragen zum Austritt. Auch die Frage nach dem Ausmass an Gesprächen mit den ÄrztInnen, dem Einbezug der Angehörigen und der Zufriedenheit mit der Behandlung laden auf diesem Faktor. Allerdings laden sie auf anderen Faktoren um einiges höher.

Auf dem vierten Faktor laden die Fragen nach dem Respekt des Personales.

Auf dem fünften Faktor laden Fragen zum Eintritt in die Klinik, der Qualität des Essens und dem Einbezug der Angehörigen. Die Zufriedenheit mit dem Zimmer lädt auch auf diesem Faktor. Die Frage lädt aber auf dem sechsten Faktor höher

Auf dem sechsten Faktor laden die Fragen zur Mitbestimmung bei den Therapien, zur Zufriedenheit mit dem Zimmer und zur Information über An- und Abwesenheit des Personales.

Als nächstes wurde die interne Konsistenz der Faktoren untersucht. Die interne Konsistenz gibt an, inwiefern es sich bei einem Faktor um Fragen handelt, die inhaltlich etwas Konsistentes abfragen. Sie wird mit dem Cronbach alpha ausgedrückt (vgl. Bortz 1989 S. 679f). Dabei gelten Faktoren mit einer internen Konsistenz von über 0,8 als Faktoren mit einer guten internen Konsistenz für den entsprechenden inhaltlichen Bereich (Faustregel). Genauere Angaben für die testdiagnostischen Anforderungen an die interne Konsistenz von analytischen Skalen sind in der Literatur beschrieben (vgl. Hirsig 1993 Kap. 6.14).

Tabelle 6: Interne Konsistenz der sechs Faktoren bei der Faktorenlösung mit Eigenwert > 1

	Faktor					
	1	2	3	4	5	6
Cronbach alpha	0,8906	0,7179	0,6539	0,4837	0,5436	0,4449

Nur die interne Konsistenz des ersten Faktors ist genügend hoch, um testpsychologischen Anforderungen zu genügen.

Als nächstes wurde eine Zweifaktorenlösung untersucht. Diese ersten zwei Faktoren erklären im Wesentlichen das Konstrukt Patientenzufriedenheit. Die Lösung klärt aber nur noch 38,24 % der Varianz auf.

Tabelle 7: Faktorenanalyse zwei Faktoren

Rotierte Komponentenmatrix^a

	Komponente	
	1	2
Wiederkommen (Zuf-8)	,753	
Zufrieden mit Klinik (Zuf-8)	,732	
Zufrieden m. Behandlung (Zuf-8)	,677	,393
Qualität Behandlung (Zuf-8)	,667	,322
Ausmass Hilfe (Zuf-8)	,656	,351
Behandlung entsprochen (Zuf-8)	,643	,320
Hilfe Probleme (Zuf-8)	,639	
Weiterempfehlung (Zuf-8)	,630	
Einbezug Behandlungsziele	,542	,372
Ankunft Station	,513	
Qualität Essen	,493	
Zeitpunkt Entlassung	,453	
Information Eintritt	,411	
Zufriedenheit Zimmer	,401	
Einbezug Angehörige		
Respekt ÄrztInnen		,752
Respekt TherapeutInnen		,664
Respekt Pflege		,635
Info An-, Abwesenheit Personal		,504
Gespräche ÄrztInnen	,304	,488
Vorbereitung Entlassung	,379	,468
Fachkompetenz ÄrztInnen	,310	,454
Organisation Nachbetreuung	,399	,439
Info Medikamente	,393	,438
Mitbestimmung Therapien		

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse.

Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung.

a. Die Rotation ist in 3 Iterationen konvergiert.

Die Zweifaktorenlösung reduziert das Konstrukt Patientenzufriedenheit inhaltlich auf zwei Aspekte. Die „Behandlung“ und die „Betreuung“. Die Fragen zur Behandlung und die Fragen nach der Gesamtzufriedenheit - zusammen alle Zuf-8 Items - laden auf dem ersten Faktor. Zusätzlich laden hier die Fragen zur Information beim Eintritt, zur Ankunft auf der Station und zur Qualität des Zimmers, sowie dem Zeitpunkt der Entlassung.

Auf dem zweiten Faktor laden die „Betreuungsfragen“. Die drei Fragen nach dem Respekt des Personals, der Information über An- und Abwesenheiten des Personals, die Frage nach genügend Gesprächen mit den ÄrztInnen und der Fachkompetenz der ÄrztInnen. Ebenfalls auf diesem Faktor laden die Fragen nach der Information über die Medikamente und der Vorbereitung auf die Entlassung sowie diejenige nach der Organisation der Nachbetreuung.

Die Frage nach dem Einbezug der Angehörigen und der Mitbestimmung der Therapien kann keinem der zwei Faktoren zugeordnet werden. Viele Items laden auf beiden Faktoren. Jedoch auf einem Faktor deutlich höher als auf dem anderen.

Als nächstes wurde wieder die interne Konsistenz der beiden Faktoren untersucht.

Tabelle 8: Interne Konsistenz bei der Zweifaktorenlösung

	Faktor	
	1	2
Cronbach alpha	0,8797	0,7659

Nur der erste Faktor weist die geforderte interne Konsistenz auf. Der zweite Faktor hat zwar keine schlechte interne Konsistenz. Sie genügt aber testpsychologischen Anforderungen knapp nicht.

Als drittes wurde nun noch die forcierte Lösung mit vier Faktoren untersucht, welche das qualitativ explorierte und weiter vorne vorgestellte Modell der Patientenzufriedenheit am besten abbildet.

Tabelle 9: Faktorenanalyse mit vier Faktoren

Rotierte Komponentenmatrix

	Komponente			
	1	2	3	4
Wiederkommen (Zuf-8)	,756		,305	
Zufrieden m. Klinik (Zuf-8)	,729			
Zufrieden Behandlung (Zuf-8)	,716	,330		
Behandlung entsprochen (Zuf-8)	,711			
Ausmass Hilfe (Zuf-8)	,697			
Hilfe Probleme (Zuf-8)	,677	,356		
Qualität Behandlung (Zuf-8)	,671	,328		
Weiterempfehlung Klinik (Zuf-8)	,602		,329	
Einbezug Behandlungsziele	,447	,432		
Zeitpunkt Entlassung	,348	,331		
Mitbestimmung Therapien				
Gespräche ÄrztInnen		,746		
Vorbereitung Entlassung		,721		
Organisation Nachbetreuung		,679		
Fachkompetenz ÄrztInnen		,511		
Info Medikamente	,318	,421		
Information Eintritt			,705	
Ankunft Station			,681	
Zufriedenheit Zimmer			,541	
Qualität Essen			,533	
Einbezug Angehörige		,380	,390	
Respekt TherapeutInnen				,766
Respekt Pflege				,751
Respekt ÄrztInnen				,701
Info An-, Abwesenheit Personal		,348		,380

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse.

Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung.

a. Die Rotation ist in 8 Iterationen konvergiert.

Die Vier - Faktorenlösung schlägt wiederum einen „Behandlungsfaktor“ vor. Neben den Zuf-8 Items enthält dieser noch die Frage nach dem Einbezug in die Behandlungsziele und die Frage nach dem Zeitpunkt der Entlassung.

Auf dem zweiten Faktor erhält man einen „ÄrztEFaktor“. Er beinhaltet die Frage nach genügend Gesprächen mit den ÄrztInnen, sowie die Frage nach der Fachkompetenz der ÄrztInnen und diejenige nach der Information über die Medikamente. Auch die Frage nach der Organisation der Nachbetreuung und diejenige nach der Vorbereitung der Entlassung lädt hier. Wiederum laden viele Fragen nach der Behandlung ebenfalls auf diesem Faktor.

Auf dem dritten Faktor laden Fragen zur Information beim Eintritt in die Klinik, sowie die Fragen nach der Ankunft auf der Station.

Zu diesem Faktor gehören auch die beiden Hotelleriefragen (Essen und Zimmer). Auch die Frage nach dem Mass an Einbezug der Angehörigen. Sie lädt jedoch nur wenig weniger auch auf dem ersten Faktor.

Auf dem vierten Faktor laden alle Respektfragen und die Frage nach den An-, und Abwesenheiten des Personales. Die Frage nach der Mitbestimmung bei den Therapien kann bei dieser Lösung wiederum keinem Faktor zugeordnet werden.

Die interne Konsistenz der Faktoren ist in Tabelle 10 zu sehen.

Tabelle 10: Interne Konsistenz bei der vier Faktorenlösung

	Faktor			
	1	2	3	4
Cronbach alpha	0,8812	0,743	0,5742	0,6732

Auch hier vermag nur der erste Faktor die testpsychologischen Erfordernisse zu erfüllen.

3.3.2.4 Reliabilität

Die Reliabilität des Fragebogens wird mit dem Cronbach's alpha bestimmt. Werte von 0,8 – 0,9 gelten als gut für testdiagnostische Zwecke (vgl. Hirsig 1993 Kap. 6.8).

In der ersten Erhebung liegt ein $\alpha = 0,89$ vor.

3.3.2.5 Validität

Um die Kriteriumsvalidität des Fragebogens zu bestimmen wurde die Korrelation des Zürcher Fragebogens mit der Zuf-8 Skala gemessen und auch ein Paralleltest mit dem Münsterlinger Fragebogen durchgeführt. Auch dort interessierte man sich für die Korrelation der beiden Fragebogen. Es wird mit dem Reliabilitätsmass r gemessen. Als Faustregel wird ein $r \geq 0,8 \leq 0,85$ festgelegt. Für Genaueres über das Paralleltest-Verfahren (vgl. ebd. Kap. 6.15)

Tabelle 11: Korrelationen des Zürcher Fragebogens mit drei verschiedenen Skalen

	Korrelation r
Zürcher Fragebogen ohne Zuf-8 items mit Zuf-8 Skala	0,752
Zürcher Fragebogen ganz mit Zuf-8 Skala	0,893
Zürcher Fragebogen ganz mit Münsterlinger	0,713

Die Korrelation des Zürcher Fragebogens mit der Zuf-8 Skala ist gut. Auch die Korrelation mit dem Münsterlinger Fragebogen ist mit $r = .71$ erfreulich. Es handelt sich ja um einen Vergleich mit einem unabhängig entwickelten Fragebogen. Der Münsterlinger Fragebogen ist allerdings umfangreicher als der Zürcher Fragebogen. Das Resultat legt nahe, dass die beiden Skalen neben gleichen, auch unterschiedliche Aspekte der Patientenzufriedenheit abfragen.

3.3.3 Zusammenfassung

Die Repräsentativität ist nicht gegeben. Die Männer sind signifikant untervertreten. Während die 20 bis 29 Jährigen in der Studie etwas übervertreten sind, sind die 30 bis 39 und die 70 bis über 90 Jährigen in der Studie untervertreten. Die Abweichungen von der Grundgesamtheit sind ebenfalls signifikant. Allgemein versicherte PatientInnen sind hochsignifikant untervertreten Die zwangsweise eingewiesenen PatientInnen sind schwach signifikant untervertreten.

Die Datenqualität derjenigen Fragebogen, welche man zurückerhalten hat, ist gut. Die relativ starke Linksschiefe bei der Frage 8 nach dem Respekt der ÄrztInnen und der Frage 22 nach dem Zeitpunkt der Entlassung deuten entweder auf erwünschtes Antwortverhalten oder eine hohe Zufriedenheit hin.

Die Trennschärfe der Fragen 4 und 10 legt eine Revision der beiden Items nahe.

Die Überprüfung der Dimensionalität zeigt, dass verschiedene Aspekte des Konstruktes Patientenzufriedenheit mit dem Fragebogen abgebildet werden. Die drei Hauptkomponentenanalysen erklären unterschiedlich viel Varianz. Obwohl die Vierfaktorenanalyse das qualitative Konstrukt recht gut abbildet, zeigt die Diskussion, dass es sich in keiner Lösung um Skalen mit testpsychologischem Charakter handelt. Die geforderte interne Konsistenz dafür erfüllt immer nur der erste Faktor. Am besten ist diesbezüglich noch die Lösung mit zwei Faktoren. Auch dort hat aber der zweite Faktor – knapp – keinen testpsychologischen Charakter.

Die Überprüfung der Kriteriumsvalidität (Paralleltestverfahren) zeigt eine Korrelation von $r = 0,713$ und erfüllt testpsychologische Anforderungen nicht. Die Überprüfung weist darauf hin, dass die beiden Konstrukte, die mit dem Münsterlinger Fragebogen respektiv mit dem Zürcher Fragebogen abgebildet werden können, ähnlich sind, aber eben auch unterschiedliche Aspekte erfassen. Die Reliabilität ist gut. Das Cronbach Alpha beträgt $\alpha = 0,890$, erfüllt also testpsychologische Anforderungen.

3.4 Münsterlinger Fragebogen: Erhebung bei Austritt

Für den Paralleltest mit dem Zürcher Fragebogen wurde uns von der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen den von Ihnen entwickelten Fragebogen zur Verfügung gestellt. Der Fragebogen ist im Anhang 2 S. 95 zu sehen

3.4.1 Stichprobe

3.4.1.1 Rücklauf

Der Rücklauf bezieht sich wiederum auf alle Antworten der PatientInnen der Stichprobe in Bezug auf alle ausgetretenen PatientInnen in der Erhebungsperiode insgesamt. Berechenbar waren hier 271 Fragebogen. Dazu kommen 40 leer abgegebene Fragebogen. Zusammen ergibt das einen Rücklauf von 32,4 %.

3.4.1.2 Repräsentativität der Stichprobe

Tabelle 12: Repräsentativität der Stichprobe beim Münsterlinger Fragebogen

Gesamt	Gesamtheit		Stichprobe		Signifikanz
	Gesamtheit	Prozent	Stichprobe	Prozent	
Geschlecht	961	100%	271	100,0%	0,762
männlich	510	53%	141	52,0%	
weiblich	451	47%	130	48,0%	
Abweichung Stichprobe von Grundgesamtheit					
Alterskategorie	932	100%	275	100,0%	0,009
10 - 19 Jahre	45	5%	25	9,1%	
20 - 29 Jahre	181	19%	62	22,5%	
30 - 39 Jahre	266	29%	75	27,3%	
40 - 49 Jahre	200	21%	47	17,1%	
50 - 59 Jahre	120	13%	39	14,2%	
60 - 69 Jahre	56	6%	14	5,1%	
70 und mehr	93	10%	13	4,7%	
Abweichung Stichprobe von Grundgesamtheit					

Die Repräsentativität bezüglich der Männer und der Frauen ist gegeben. Bezüglich des Alters weicht die Stichprobe von der Grundgesamtheit signifikant ab. Die Alterskategorie der 10 bis 19 Jährigen ist übervertreten, diejenigen Alterskategorien der über 70 Jährigen ist untervertreten. Die Abweichung mindestens einer Alterskategorie ist signifikant. Weitere soziodemografische Variablen wurden hier nicht erhoben.

3.4.2 Itemanalyse

3.4.2.1 Verteilungen

Tabelle 13: Fehlende Angaben, Boden und Deckenwerte

Anzahl berechenbare Fragebogen 288					
Fragen	Fragennummer	Anzahl	Missing %	Deckenwert %	Bodenwert %
Altersgruppe		275	4,5%		
Geschlecht		271	5,9%		
wie oft		234	18,8%		
Aufnahmegespräch	F1	268	6,9%	42,7%	4,2%
Empfang Station	F2	269	15,0%	40,6%	12,9%
Info Eintritt	F3	269	6,6%	32,6%	6,3%
Besuchszeiten	F4	272	5,6%	59,7%	7,6%
Info Krankheit	F5	278	3,5%	31,9%	10,8%
An-/Abwesenheit Personal	F6	279	3,1%	36,8%	11,5%
Betreuung Bezugsperson	F7	281	2,4%	57,3%	3,8%
Rückzugsmöglichkeiten	F8	282	2,1%	51,0%	6,6%
Info Zustand	F9	276	4,2%	38,5%	5,2%
Mitbestimmung Therapien	F10	265	8,0%	32,3%	6,3%
Info Tagesablauf	F11	276	4,2%	60,8%	6,6%
Essenszeiten	F12	277	3,8%	40,6%	7,3%
Auswahl Therapien	F13	265	8,0%	33,3%	12,2%
Anbringen Beschwerden	F14	270	6,3%	56,6%	8,7%
Genügend Bewegungsfreiheit	F15	272	5,6%	51,4%	9,0%
Information Medikamente	F16	263	8,7%	36,1%	12,5%
Einbezug Wahl Medikamente	F17	263	8,7%	33,7%	22,6%
Zusammenleben MitpatientInnen	F18	272	5,6%	25,0%	8,7%
Respekt Personal	F19	277	3,8%	57,3%	3,5%
Zusammenarbeit ÄrztIn	F20	272	4,9%	56,3%	2,1%
Zusammenarbeit Bezugsperson	F21	268	4,2%	52,8%	2,8%
Zusammenarbeit SozialarbeiterInnen	F22	174	9,4%	31,6%	2,4%
Zusammenarbeit TherapeutInnen	F23	227	9,0%	41,3%	1,0%
Gespräch ÄrztIn	F24	270	5,2%	47,9%	2,1%
Gespräch Bezugsperson	F25	259	6,9%	44,4%	2,1%
Gespräch SozialarbeiterIn	F26	157	13,3%	22,6%	2,8%
Gespräch TherapeutInnen	F27	217	11,5%	36,8%	1,0%
Medizinische Betreuung	F28	263	8,7%	42,7%	5,9%
Einbezug Menge Medikamente	F29	260	9,7%	39,2%	11,5%
Qualität Essen	F30	276	4,2%	34,4%	9,4%
Betreuung Bezugsperson	F31	265	8,0%	49,3%	8,3%
Fragen an TherapeutIn	F32	269	6,6%	62,2%	5,9%
Behandlung Hilfe Probleme	F33	268	6,9%	39,2%	4,5%
Qualität Cafeteria	F34	260	9,7%	33,3%	1,7%
Meinung zu Hausordnung	F35	277	3,8%	30,6%	2,4%
Atmosphäre Klinik	F36	276	4,2%	25,3%	2,4%
Zusammenarbeit Angehörige	F37	206	28,5%	29,5%	3,1%
Organisation Nachbetreuung	F38	252	12,5%	47,6%	8,7%
Vorbereitung Entlassung	F39	266	7,6%	41,0%	3,5%
Klinik insgesamt	F40	276	4,2%	37,2%	2,1%
Weiterempfehlung Klinik	F41	246	14,6%	44,8%	2,1%

Fünf Fragen haben fehlende Angaben von über 10%. Es betrifft dies die Frage 26 und Frage 28 nach Gesprächen mit den SozialarbeiterInnen beziehungsweise mit den TherapeutInnen sowie die Frage 37 nach der Zusammenarbeit mit den Angehörigen und Frage 38 nach der Organisation der Nachbetreuung.

Der hohe fehlende Wert bei der Frage 37 ist wohl auf einen Fehler bei der Erfassung der Fragebogen zurückzuführen. Das Feld „habe keine Angehörigen“ wurde gemäss der statistischen Auswertung nie angekreuzt. Das ist unwahrscheinlich. Bei der Frage 41 muss davon ausgegangen werden, dass sie wohl von einigen PatientInnen übersehen wurde. Zumal die gleiche Frage im Zürcher Fragebogen ausgefüllt worden war. Die Trennschärfe der Fragen wurde nicht weiter untersucht. Sie war nicht Gegenstand unseres Interesses.

3.4.2.2 Dimensionalität

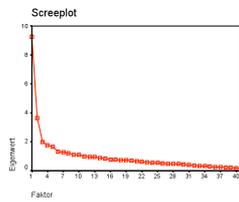
Wiederum wurden zuerst KMO- und Bartlett-Test sowie der Screeplot betrachtet.

Tabelle 14: KMO- und Bartlett-Test auf Sphärizität beim Münsterlinger Fragebogen

KMO- und Bartlett-Test		
Maß der Stichprobeneignung nach Kaiser-Meyer-Olkin.		,854
Bartlett-Test auf Sphärizität	Ungefähres Chi-Quadrat	4133,968
	df	820
	Signifikanz nach Bartlett	,000

Der Fragebogen fragt unterschiedliche Aspekte der Patientenzufriedenheit ab und der Bartlett-Test ist hochsignifikant.

Abbildung 7: Screeplot des Münsterlinger Fragebogens



Der Screeplot zeigt einen Knick nach dem dritten Faktor. Es kann mit den Fragen maximal 59,3% der Varianz erklärt werden. Inhaltlich ist man nicht auf die Bedeutung der Faktoren eingegangen. Das der empirischen Untersuchung zugrunde liegende Modell der Patientenzufriedenheit war nicht bekannt.

Die Faktorenanalyse mit Eigenwerten >1 schlägt zehn Faktoren vor. Sie sind in Tabelle 15 zu sehen:

Tabelle 15: Hauptkomponentenanalyse mit dem Münsterlinger Fragebogen

Rotierte Komponentenmatrix^a

	Komponente									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
MMÜPAZ11	,721									
MMÜPAZ09	,622	,410								
MMÜPAZ14	,603									
MMÜPAZ06	,571									
MMÜPAZ38	,567									
MMÜPAZ02	,552					,313				
MMÜPAZ31	,544		,470							
MMÜPAZ32	,514			,346						
MMÜPAZ04	,482						,388			-,348
MMÜPAZ29	,473			,327				,316		
MMÜPAZ39		,671								
MMÜPAZ24		,665								
MMÜPAZ20		,631		,315						
MMÜPAZ05		,529				,412				
MMÜPAZ33		,470					,313			,399
MMÜPAZ28		,457		,342						
MMÜPAZ21			,828							
MMÜPAZ07			,821							
MMÜPAZ25			,760							
MMÜPAZ41				,676			,306			
MMÜPAZ40				,588						
MMÜPAZ15	,425			,533						
MMÜPAZ19				,501	,391					
MMÜPAZ36			,350	,418			,343		,303	
MMÜPAZ22					,819					
MMÜPAZ26					,796					
MMÜPAZ23		,410		,374	,531					
MMÜPAZ27		,379			,500					
MMÜPAZ01						,671				
MMÜPAZ03						,669				
MMÜPAZ08							,588			
MMÜPAZ37		,304					,554			
MMÜPAZ18	,444						,470			
MMÜPAZ10					,301			,644		
MMÜPAZ13	,534							,580		
MMÜPAZ17						,438		,575		
MMÜPAZ16	,411							,420		
MMÜPAZ34									,665	
MMÜPAZ35				,325					,594	
MMÜPAZ12										,667
MMÜPAZ30									,321	,466

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse.
 Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung.

a. Die Rotation ist in 23 Iterationen konvergiert.

Auf die Interpretation der Faktoren konnte aus inhaltlichen Gründen nicht eingegangen werden. Man kannte, wie gesagt, die Voraussetzungen für die Interpretation der rotierten Komponentenmatrix nicht. Sie war auch nicht Gegenstand des Interesses. Auch die interne Konsistenz der Faktoren wurde deshalb nicht untersucht.

3.4.2.3 Reliabilität

Die Reliabilität des Fragebogens wird wiederum mit dem Cronbach alpha bestimmt. Der Münsterlinger Fragebogen weist ein $\alpha = 0,8987$ auf, erfüllt also testpsychologische Anforderungen.

3.4.3 Zusammenfassung

Die Repräsentativität bezüglich Männer und Frauen ist gegeben. Bezüglich des Alters gibt es aber signifikante Abweichungen von der Grundgesamtheit. Die älteren PatientInnen haben sich unterdurchschnittlich an dieser Befragung beteiligt, während sich die 10 bis 19 jährigen überdurchschnittlich an der Befragung beteiligt haben.

Die Datenqualität der Erhebung ist gut. Während der Münsterlinger Fragebogen tendenziell etwas bessere Antwortverteilungen hat, sind beim Zürcher die fehlenden Werte generell etwas geringer. Die Trennschärfe der Fragen wurde nicht untersucht. Die Faktorenanalyse schlägt zehn Faktoren vor. Der Screeplot legt eine weitere mögliche Lösung mit drei Faktoren nahe. Die interne Konsistenz der Faktoren wurde nicht untersucht, da das zugrunde liegende Konzept für die Auswertung nicht bekannt war.

Die Reliabilität ist beim Münsterlinger Fragebogen ebenfalls sehr gut. Das Cronbach alpha beträgt $\alpha = 0,8987$.

3.5 Zürcher Fragebogen: 2. Erhebung

Beim Austritt wurde den PatientInnen, nachdem sie bereits den Zürcher und den Münsterlinger Fragebogen ausgefüllt hatten, der Zürcher Fragebogen mit einem Rückantwortcouvert und der Bitte mitgegeben, den Zürcher Fragebogen zu Hause 10 – 14 Tage später erneut auszufüllen.

3.5.1 Stichprobe

3.5.1.1 Rücklauf

Es wurden wiederum die gesamte Anzahl Austritte in der Erhebungsperiode mit den zurückgehaltenen Fragebogen verglichen. Der Rücklauf war in der zweiten Erhebung erwartungsgemäss noch geringer als in der ersten Erhebung. Der Anteil der berechenbaren Fragebogen beträgt 110. Hinzu kommen noch 26 leere Fragebogen. Der Rücklauf beträgt demnach nur noch 14,5%.

3.5.1.2 Repräsentativität

Wiederum wurden die Prozentwerte der Verteilungen von Stichprobe und Grundgesamtheit verglichen. Es wurden die berechenbaren Fragebogen für den Vergleich verwendet.

Tabelle 16: Repräsentativität der Befragung in der zweiten Erhebung

Gesamt	Grundgesamtheit		Stichprobe			Chiq.n.		
	beobachtet	Prozent	beobachtet	Prozent	erwartet	Pearson	df	P-Wert
Geschlecht	961	100,0%	110	100,0%	110,00	9,795	1	0,002
männlich	510	53,1%	42	39,1%	58,38			
weiblich	451	46,9%	68	59,1%	51,62			
Abweichung Stichprobe von Grundgesamtheit								
Alterskategorie	961	100,0%	110	100,0%	110,00	11,875	6	0,065
10 - 19 Jahre	45	4,7%	3	2,7%	5,15			
20 - 29 Jahre	181	18,8%	25	22,7%	20,72			
30 - 39 Jahre	266	27,7%	28	25,5%	30,45			
40 - 49 Jahre	200	20,8%	20	18,2%	22,89			
50 - 59 Jahre	120	12,5%	22	20,0%	13,74			
60 - 69 Jahre	56	5,8%	8	7,3%	6,41			
70 + Jahre	93	9,7%	4	3,6%	10,65			
Abweichung Stichprobe von Grundgesamtheit								
Versicherungsklasse	960	100,0%	109	100,0%	109,00	55,645	2	0,000
Allgemein	855	89,1%	74	67,9%	97,08			
Halbprivat	60	6,3%	16	14,7%	6,81			
Privat	45	4,7%	19	17,4%	5,11			
Abweichung Stichprobe von Grundgesamtheit								
Eintrittsart	158	100,0%	45	100,0%	45,00	1,624	1	0,203
freiwillig	133	84,2%	41	91,1%	37,88			
Gegen meinen Willen	25	15,8%	4	8,9%	7,12			
Abweichung Stichprobe von Grundgesamtheit								

Die Frauen haben sich noch stärker an der Untersuchung beteiligt als in der ersten Erhebung und sind signifikant übervertreten

Die Alterskategorien der 20 bis 29 Jährigen der 50 bis 69 Jährigen sind übervertreten. Die Abweichungen mindestens einer Alterskategorie sind aber nur sehr knapp nicht signifikant.

Allgemeinversicherte PatientInnen sind wie in der ersten Untersuchung hochsignifikant untervertreten

Freiwillig eingetretene PatientInnen sind übervertreten während unfreiwillig eingetretene untervertreten sind. Jedoch nicht mehr signifikant, also in einem geringeren Ausmass als in der ersten Erhebung.

Betrachtet man die Abweichungen in den einzelnen Kliniken (siehe Anhang 4 S 102), erhält man keine wesentlich unterschiedlichen Ergebnisse. Die Geschlechterverteilung der Stichprobe unterscheidet sich nicht mehr signifikant von der Grundgesamtheit. Dasselbe gilt für die Altersverteilung. Auch die Abweichungen der Stichprobe von der Grundgesamtheit sind bezüglich der Versicherungsklasse nur in zwei Kliniken signifikant.

Die Abweichungen von Stichprobe und Grundgesamtheit sind bezüglich der Eintrittsart in beiden Kliniken, bei welchen entsprechende Daten erhältlich waren, nicht mehr signifikant. Es sind keine systematischen Abweichungen zu beobachten, die vorgefundenen Resultate entsprechen den aus der Patientenzufriedenheitsliteratur bekannten. (vgl. z.B. Spiessl et al. 1995)

3.5.2 Itemanalyse

3.5.2.1 Verteilungen

Tabelle 17: Fehlende Angaben, Boden- und Deckenwerte in der zweiten Erhebung

Anzahl berechenbare Fragebogen 110					
Fragen	Frageummer	Anzahl	Missing %	Deckenwert %	Bodenwert %
Klinik		110	0,0%		
Altersgruppe		110	0,0%		
Geschlecht		108	1,8%		
Versich.art		109	0,9%		
Eintrittsart		109	0,9%		
Information Eintritt	Frage 1	108	1,8%	45,5%	5,5%
Ankunft Station	Frage 2	109	0,9%	60,0%	1,8%
Zufriedenheit Zimmer	Frage 3	110	0,0%	50,0%	0,9%
Qualität Essen	Frage 4	109	0,9%	36,4%	2,7%
Info An-/Abwesenheit	Frage 5	108	1,8%	27,3%	2,7%
Einbezug Behandlungsziele	Frage 6	107	2,7%	46,4%	6,4%
Mitbestimmung Therapien	Frage 7	100	0,9%	21,8%	3,6%
Respekt ÄrztInnen	Frage 8	110	0,0%	75,5%	0,9%
Respekt Pflege	Frage 9	109	0,9%	66,4%	0,9%
Respekt TherapeutInnen	Frage 10	95	2,7%	70,9%	1,8%
Fachkompetenz ÄrztInnen	Frage 11	109	0,9%	64,5%	3,6%
Gespräche ÄrztInnen	Frage 12	110	0,0%	52,7%	0,0%
Info Medikamente	Frage 13	104	2,7%	32,7%	5,5%
Einbezug Angehörige	Frage 14	82	0,9%	51,8%	2,7%
Qualität Behandlung (Zuf-8)	Frage 15	107	2,7%	20,9%	0,9%
Behandlung entsprochen (Zuf-8)	Frage 16	108	1,8%	36,4%	1,8%
Hilfe Probleme (Zuf-8)	Frage 17	109	0,9%	47,3%	0,9%
Ausmass Hilfe (Zuf-8)	Frage 18	108	1,8%	38,2%	0,9%
Zufrieden Behandlung (Zuf-8)	Frage 19	109	0,9%	40,9%	0,9%
Vorbereitung Entlassung	Frage 20	109	0,9%	37,3%	1,8%
Organisation Nachbetreuung	Frage 21	100	1,8%	42,7%	0,9%
Zeitpunkt Entlassung	Frage 22	109	0,9%	73,6%	0,9%
Zufrieden mit Klinik (Zuf-8)	Frage 23	109	0,9%	38,2%	6,4%
Wiederkommen (Zuf-8)	Frage 24	108	1,8%	56,4%	0,9%
Weiterempfehlung Klinik (Zuf-8)	Frage 25	109	0,9%	54,5%	1,8%

Die Verteilungen zeigen ungefähr die selben Werte wie bei der ersten Erhebung. Es gibt in dieser Erhebung drei Fragen mit Deckenwerten von über 70%. Es sind dies wiederum die Frage 8 nach dem Respekt der ÄrztInnen gegenüber den PatientInnen und die Frage 22 nach dem Zeitpunkt der Entlassung. Neu aber nun auch noch die Frage 10 nach dem Respekt der TherapeutInnen gegenüber den PatientInnen.

3.5.2.2 Trennschärfe

Die Trennschärfe der Items ist in Tabelle 18 aufgeführt.

Tabelle 18: Trennschärfe der Items in der 2. Erhebung

Frage	Fragenummer	ItemKorrelation r
Information Eintritt	Frage01	0,3837
Ankunft Station	Frage02	0,5893
Zufriedenheit Zimmer	Frage03	0,4165
Qualität Essen	Frage04	0,3121
Info An-/Abwesenheit	Frage05	0,3239
Einbezug Behandlungsziele	Frage06	0,5697
Mitbestimmung Therapien	Frage07	0,4495
Respekt ÄrztInnen	Frage08	0,595
Respekt Pflege	Frage09	0,3052
Respekt TherapeutInnen	Frage10	0,3701
Fachkompetenz ÄrztInnen	Frage11	0,6268
Gespräche ÄrztInnen	Frage12	0,533
Info Medikamente	Frage13	0,5339
Einbezug Angehörige	Frage14	0,2982
Qualität Behandlung (Zuf-8)	Frage15	0,6667
Behandlung entsprochen (Zuf-8)	Frage16	0,6763
Hilfe Probleme (Zuf-8)	Frage17	0,5883
Ausmass Hilfe (Zuf-8)	Frage18	0,6988
Zufrieden Behandlung (Zuf-8)	Frage19	0,7082
Vorbereitung Entlassung	Frage20	0,6086
Organisation Nachbetreuung	Frage21	0,3867
Zeitpunkt Entlassung	Frage22	0,3425
Zufrieden mit Klinik (Zuf-8)	Frage23	0,6798
Wiederkommen (Zuf-8)	Frage24	0,7073
Weiterempfehlung Klinik (Zuf-8)	Frage25	0,7364

Es gibt nur noch knapp ein als revisionsbedürftig einzustufendes Item. Es ist die Frage14 nach dem Mass an Einbezug der Angehörigen.

3.5.2.3 Dimensionalität

Die Dimensionalität des Fragebogens wird wieder mit einer Faktorenanalyse überprüft. Das Mass der Stichprobenneigung nach Kaiser-Meyer-Olkin sowie der Bartletttest auf Spärizität zeigen die Resultate, die in Tabelle 19 ersichtlich sind.

Tabelle 19: KMO- und Bartlett-Test

Maß der Stichprobeneignung nach Kaiser-Meyer-Olkin.		,879
Bartlett-Test auf Sphärizität	Ungefähres Chi-Quadrat	1353,940
	df	300
	Signifikanz nach Bartlett	,000

Das Kaiser-Meyer-Olkin-Mass der Stichprobeneignung beträgt 0,879. Der Bartlett-Test ist wiederum hochsignifikant. Es werden also verschiedene Aspekte des Konstruktes Patientenzufriedenheit mit dem Fragebogen abgebildet.

Der Screeplot zeigt den Erklärungsanteil der Varianz von jeder Frage. Er ist in Abbildung 8 ersichtlich.

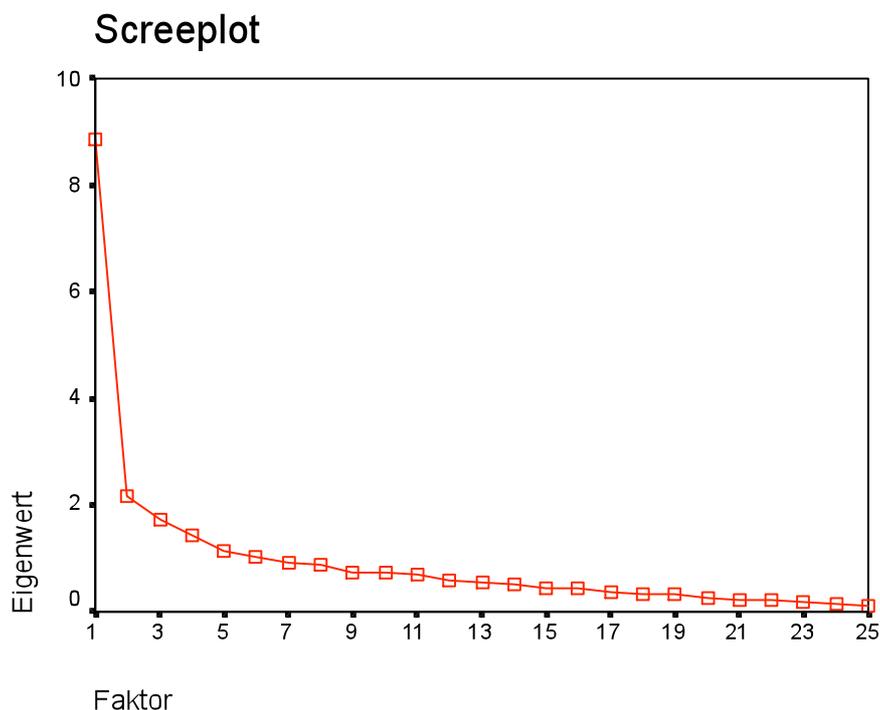


Abbildung 8: Screeplot in der Erhebung bei Austritt

Wie das zu erwarten war, ist der Plot der zweiten Erhebung sehr ähnlich wie derjenige bei der Erhebung bei Austritt. Der Plot zeigt wiederum deutlich einen Knick nach zwei Faktoren.

Das heisst, diese beiden Faktoren tragen am meisten zur Erklärung der Varianz bei. Ebenfalls deutlich wird, dass jede Frage zusätzliche Varianz erklärt, aber in einem geringeren Mass.

Es werden nochmals die Lösung mit Eigenwerten über eins, die Zweifaktorlösung und die forcierte Lösung mit vier Faktoren diskutiert.

Die Hauptkomponentenanalyse mit Eigenwerten grösser als eins zeigt die in Tabelle 20 ersichtliche Lösung. Ladungen kleiner 0,3 wurden wiederum der Übersichtlichkeit wegen weggelassen.

Tabelle 20: Faktorenanalyse Eigenwert grösser 1 in der zweiten Erhebung

	Komponente					
	1	2	3	4	5	6
Ausmass Hilfe (Zuf-8)	,834					
Zufrieden Behandlung (Zuf-8)	,816					
Weiterempfehlung Klinik (Zuf-8)	,789					
Zufrieden mit Klinik (Zuf-8)	,758					
Wiederkommen (Zuf-8)	,753					
Hilfe Probleme (Zuf-8)	,745					
Behandlung entsprochen (Zuf-8)	,731					
Qualität Behandlung (Zuf-8)	,724					
Fachkompetenz ÄrztInnen	,430	,397	,413			
Information Eintritt		,755		,337		
Info Medikamente		,683				
Info An-, Abwesenheit Personal		,646				-,355
Ankunft Station		,644		,442		
Einbezug Behandlungsziele	,399	,611				,325
Organisation Nachbetreuung			,738			
Gespräche ÄrztInnen		,364	,628			
Vorbereitung Entlassung	,415		,626			
Respekt Pflege				,718		
Zufriedenheit Zimmer				,603	,483	
Respekt ÄrztInnen	,390		,454	,585		
Respekt TherapeutInnen			,470	,551		
Mitbestimmung Therapien	,356			,518		,351
Zeitpunkt Entlassung					,730	
Einbezug Angehörige		,398			,634	
Qualität Essen						,677

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse.
 Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung.

a. Die Rotation ist in 10 Iterationen konvergiert.

Die Hauptkomponentenanalyse mit Eigenwert grösser eins extrahiert wiederum sechs Faktoren. Es wird neu 65,3% der Varianz erklärt.

Inhaltlich laden auf dem ersten Faktor wiederum alle Zuf-8 Items. Die Frage nach der Fachkompetenz der ÄrztInnen wird zusätzlich dem ersten Faktor zugeteilt.

Auf dem zweiten Faktor lädt die Frage nach der Information bei Eintritt, die Frage nach der Information über die Medikamente, die Information über An- und Abwesenheit des Personals, die Frage nach der Ankunft auf der Station und dem Einbezug in die Behandlungsziele.

Der dritte Faktor enthält die Frage zur Organisation der Nachbetreuung, die Frage nach genügend Gesprächen mit den ÄrztInnen und zur Vorbereitung auf die Entlassung.

Der vierte Faktor enthält die drei Respektfragen und die Frage nach der Mitbestimmung bei der Auswahl der Therapien, sowie die Frage nach der Zufriedenheit mit dem Zimmer.

Auf dem fünften Faktor sind die Frage nach dem Einbezug der Angehörigen und nach dem Zeitpunkt der Entlassung.

Auf dem sechsten lädt nur noch die Frage nach der Qualität des Essens.

Als nächstes wurde die interne Konsistenz der Faktoren untersucht. Die Resultate der Überprüfung werden aus der Tabelle 21 ersichtlich.

Tabelle 21: Interne Konsistenz der sechs Faktoren in der zweiten Erhebung

	Faktor					
	1	2	3	4	5	6
Cronbach alpha	0,9268	0,7829	0,6907	0,6373	0,4733	

Nur gerade der erste Faktor weist eine interne Konsistenz von über 0,8 auf und hat damit analytischen Charakter. Der letzte Faktor besteht nur noch aus einer Frage, nämlich derjenigen nach der Qualität des Essens. Die interne Korrelation nur eines Items kann nicht bestimmt werden.

Die Zweifaktorenlösung zeigt das in Tabelle 24 abgebildete Bild.

Tabelle 22: Faktorenanalyse mit zwei Faktoren in der zweiten Erhebung

Rotierte Komponentenmatrix^a

	Komponente	
	1	2
Zufrieden Behandlung (Zuf-8)	825	
Ausmass Hilfe (Zuf-8)	817	
Weiterempfehlung Klinik (Zuf-8)	812	
Wiederkommen (Zuf-8)	810	
Zufrieden mit Klinik (Zuf-8)	760	
Hilfe Probleme (Zuf-8)	722	
Qualität Behandlung (Zuf-8)	711	
Behandlung entsprechen (Zuf-8)	703	303
Vorbereitung Entlassung	524	396
Mitbestimmung Therapien	453	
Organisation Nachbetreuung	422	
Zeitpunkt Entlassung	421	
Qualität Essen	401	
Information Eintritt		780
Ankunft Station		761
Info An- Abwesenheit Personal		668
Info Medikamente		624
Gespräche Ärztinnen	300	547
Einbezug Behandlungsziele	279	520
Respekt Ärztinnen	143	516
Fachkompetenz Ärztinnen	471	500
Respekt Pflege		429
Respekt Therapeuten		380
Zufriedenheit Zimmer		379
Einbezug Angehörige		

^a Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse
 Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung
 Die Rotation ist in 3 Iterationen konvergiert.

Die Zweifaktorenlösung reduziert das Konstrukt Patientenzufriedenheit auf zwei Aspekte der Patientenzufriedenheit. Sie erklärt neu 44,1 % der Varianz.

Auf dem ersten Faktor laden die Fragen zur Behandlung im engeren Sinn und die Fragen nach der Gesamtzufriedenheit (zusammen alle Zuf-8 Items) sowie die Frage nach der Vorbereitung auf die Entlassung und diejenige nach dem Zeitpunkt der Entlassung. Auch die Frage nach der Mitbestimmung bei den Therapien und diejenige nach der Qualität des Essens.

Auf dem zweiten Faktor laden die Fragen nach der Information beim Eintritt sowie der Ankunft auf der Station. Die Frage nach der Information über An- und Abwesenheiten des Personals, die Information über die Medikamente, die Gespräche mit den ÄrztInnen, sowie die Frage nach dem Einbezug in die Behandlungsziele. Ebenfalls auf diesem Faktor laden alle Respektfragen und die Frage nach der Zufriedenheit mit dem Zimmer. Die Frage nach dem Einbezug der Angehörigen kann keinem der zwei Faktoren zugeordnet werden.

Es wurde wieder die interne Konsistenz der beiden Faktoren überprüft. Die Resultate sind aus der Tabelle 23 ersichtlich.

Tabelle 23: Interne Konsistenz der beiden Faktoren in der zweiten Erhebung

	Faktor	
	1	2
Cronbach alpha	0,8856	0,7831

Wieder genügt nur der erste Faktor testpsychologischen Anforderungen. Die Konsistenz des zweiten Faktors ist allerdings auch nicht schlecht.

Als drittes wurde nun noch die forcierte Lösung mit vier Faktoren untersucht, welche das qualitativ explorierte Modell am besten abbildet.

Tabelle 24: Faktorenanalyse mit vier Faktoren

Rotierte Komponentenmatrix

	Komponente			
	1	2	3	4
Weiterempfehlung Klinik (Zuf-8)	.809			
Ausmass Hilfe (Zuf-8)	.803			
Zufrieden Behandlung (Zuf-8)	.796			
Wiederkommen (Zuf-8)	.781			
Zufrieden mit Klinik (Zuf-8)	.760			
Hilfe Probleme (Zuf-8)	.725			
Qualität Behandlung (Zuf-8)	.697			
Behandlung entsprechen (Zuf-8)	.688			
Zeitpunkt Entlassung	.483			.378
Vorbereitung Entlassung	.463	.468		
Qualität Essen	.427			
Information Medikamente	.718			
Hilfe An- / Abwesendes Personal	.626			
Information Eintritt	.654	.493		
Einbezug Behandlungsziele	.389	.608		
Ankunft Station		.573	.533	
Gespräche Ärztinnen		.665		
Fachkompetenz Ärztinnen	.440	.520		
Respekt Pflege			.721	
Zufriedenheit Zimmer			.634	
Mitbestimmung Therapien	.428		.526	
Respekt Ärztinnen	.322		.436	.614
Respekt TherapeutenInnen			.363	.583
Einbezug Angehörige		.443		-.527
Organisation Nachbetreuung	.334			.522

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse.
 Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung.
 a. Die Rotation ist in 19 Iterationen konvergiert.

Die Lösung erklärt neu 56,7 % der Varianz. Auf dem ersten Faktor laden neben den Zuf-8 Items die Frage nach dem Zeitpunkt der Entlassung, die Frage nach der Vorbereitung für die Entlassung und die Frage nach der Qualität des Essens.

Auf dem zweiten Faktor laden die Fragen nach der Information über die Medikamente, nach der Information über die An- und Abwesenheiten des Personals, nach der Information beim Eintritt und der Frage nach der Ankunft auf der Station. Ebenfalls hier findet sich die Frage nach der fachlichen Kompetenz der ÄrztInnen und genügender Anzahl Gespräche mit den ÄrztInnen. Auch die Frage nach dem Einbezug in die Behandlungsziele und dem Mass an Einbezug der Angehörigen laden auf diesem Faktor.

Auf dem dritten Faktor lädt die Frage nach dem Respekt der Pflege, die Frage nach der Zufriedenheit mit dem Zimmer und die Frage nach der Mitbestimmung bei den Therapien. Auf dem vierten Faktor laden die zwei anderen Fragen nach dem Respekt des Personals und diejenige nach der Organisation der Nachbetreuung.

Die interne Konsistenz der vier Faktoren ist in Tabelle 25 aufgeführt.

Tabelle 25: Interne Konsistenz der vier Faktoren in der zweiten Erhebung

	Faktor			
	1	2	3	4
Cronbach alpha	0,9137	0,7956	0,5891	0,6163

Die interne Konsistenz genügt wiederum nur beim ersten Faktor den gewünschten Anforderungen.

3.5.2.4 Reliabilität

Wiederum wurde die Reliabilität des Fragebogens überprüft. Das Cronbach alpha beträgt hier $\alpha = 0,9083$. Die Reliabilität des ganzen Fragebogens genügt also den testpsychologischen Anforderungen. Der Wert ist sogar noch etwas höher als in der ersten Erhebung.

Der Test-Retest ist eine zusätzliche Überprüfung der Reliabilität. Bei der Retest-Reliabilität wird der gleiche Test denselben Probanden zu zwei verschiedenen Zeitpunkten abgegeben. Der Korrelationskoeffizient ergibt den Reliabilitätskoeffizienten (Schelten 1980 S. 115f). Die Korrelation der beiden Erhebungen sollte möglichst hoch sein. Das diesbezügliche r weist einen Wert von $r = 0,738$ auf.

3.5.2.5 Validität

Für die Kriteriumsvalidität wurde nochmals die Korrelation der Zuf-8 Skala mit dem ganzen Fragebogen und nur mit den restlichen Fragen des Zürcher Fragebogens untersucht.

Tabelle 26: Korrelationen des Zürcher Fragebogens mit der Zuf-8 Skala

	Korrelation r
Zürcher Fragebogen ohne Zuf-8 items mit Zuf-8 Skala	0,761
Zürcher Fragebogen ganz mit Zuf-8 Skala	0,909

Die Korrelationen sind auch bezüglich dieses Vergleiches etwas höher als in der ersten Erhebung.

3.5.3 Zusammenfassung

Der Rücklauf in der zweiten Erhebung ist gering und beträgt nur noch 14,5% bei einem N = 136 Personen.

Die Repräsentativität ist nur bedingt gegeben. Männer sind signifikant untervertreten. Die Stichprobe weicht von der Grundgesamtheit in Bezug auf die Alterskategorien knapp nicht mehr signifikant ab. Allgemeinpatienten sind in der zweiten Erhebung hochsignifikant untervertreten. Freiwillig eingetretene PatientInnen sind übervertreten, während zwangsweise Eingewiesene untervertreten sind. Die Abweichungen müssen aber als zufällig betrachtet werden.

Die Datenqualität ist ungefähr gleich wie in der ersten Erhebung. Neu weist jetzt auch die Frage 10 (Respekt der Ärzte) einen Wert der höchsten Zustimmung von über 70% auf. Die Trennschärfe der Items ist in der zweiten Erhebung besser als in der ersten. Die Frage nach dem Einbezug der Angehörigen ist aufgrund des Resultats als revisionsbedürftig einzustufen.

Es wird in der zweiten Erhebung generell mehr Varianz erklärt als in der ersten. Die Hauptkomponentenanalyse bringt aber ähnliche Lösungen wie in der ersten Erhebung. Allerdings werden einige Fragen etwas anders zugeteilt. Konstant bleibt die Zuf-8 Skala. Die Frage nach der Information über An- und Abwesenheiten des Personals wird hier dem zweiten Faktor zugeteilt, während die Frage in der ersten Erhebung dem vierten Faktor zugeteilt worden war.

Die Frage nach der Information beim Eintritt ist hier dem zweiten Faktor zugeteilt, während sie in der ersten Erhebung dem dritten Faktor zugeteilt worden war. Die Frage nach dem Einbezug in die Behandlungsziele lädt hier auf dem zweiten Faktor. In der ersten Erhebung war sie dem ersten Faktor zugeteilt worden. Auch die Frage nach dem Respekt der Pflege den Patienten gegenüber, die in der ersten Erhebung auf dem vierten Faktor lud, tut dies hier auf dem dritten Faktor.

Der Test-Retest ist mit einer Korrelation der beiden Erhebungen von $r = .738$ ist befriedigend.

Die Kriteriumsvalidität, also die Korrelation der Zuf-8 Skala mit dem Rest des Fragebogens weist ein $r = .76$ auf. Die Korrelation der Zuf-8 Skala mit dem ganzen Fragebogen weist ein $r = .91$ auf. Beide Werte sind etwas höher als in der ersten Erhebung.

Die Reliabilität ist ebenfalls besser. Sie weist ein Cronbach alpha von $\alpha = .91$ auf.

Die Überprüfung des Fragebogens ergibt befriedigende Resultate. Sowohl in Bezug auf die Validität als auch in Bezug auf die Reliabilität erfüllt der Zürcher Fragebogen zur Beurteilung der Patientenzufriedenheit die Anforderungen, die an das Instrument gestellt worden sind. Die Faktorenanalyse zeigt, dass das Gewicht im Fragebogen auf die Behandlung und die Betreuung der PatientInnen gelegt ist. Das war auch so beabsichtigt. Die diesbezüglichen ersten zwei Faktoren erklären am meisten Varianz und weisen quasi testpsychologische Korrelationen auf. Ebenfalls ist die internationale Vergleichbarkeit mit der Integration des Zuf-8 Fragebogens gewährleistet. Um weitere Skalen mit testpsychologischem Charakter zu erhalten, müsste das Instrument erweitert werden. Die vorliegende im vornherein vorgegebene Struktur (heterogene Aspekte, 25 Fragen) lässt keine weiteren testpsychologischen Korrelationen von Skalen zu.

4 Gruppenvergleiche

4.1 Gruppenvergleiche in der ersten und zweiten Erhebung

Für die Gruppenvergleiche wurde zuerst der Mittelwert aller 25 Fragen von allen BeantworterInnen mit dem Mittelwert aller 25 Fragen der Patientensubgruppen verglichen. Es wurden die Werte - beziehungsweise deren Abweichen von der mittleren Gesamtzufriedenheit - folgender Gruppen untersucht: die Gruppe der Frauen, diejenige der Männer. Die 10 bis 39 Jährigen, die 40 bis 69 Jährigen, die 70 bis über 90 Jährigen. Die Gruppe der allgemeinversicherten PatientInnen, diejenige der Halbprivat- beziehungsweise Privatversicherten. Die Gruppe der freiwillig eingetretenen und diejenige der unfreiwillig eingetretenen PatientInnen. Es wurde die einseitige Signifikanz der Abweichungen mit einem F-Test betrachtet. Diese berechnet die einseitige Abweichung von zwei unabhängigen Stichproben. Abweichungen mit einem Wert von $< 0,05$ gelten als schwach signifikant, solche mit einem Wert $< 0,01$ als signifikant und solche mit einem Wert $< 0,000$ als hochsignifikant. (vgl. Bortz 1989. S. 374-377).

Tabelle 27: Die mittlere Gesamtzufriedenheit verglichen mit der mittleren Gesamtzufriedenheit der verschiedenen Gruppen in der ersten und zweiten Erhebung

Gruppen	1. Erhebung			Signifikanz		2. Erhebung			Signifikanz	
	n ₁ (%)	MN	SD	F	p	n ₂ (%)	MN	SD	F	p
Alle Probanden	274(100)	3.43	0.38			108(100)	3.44	0.39		
Männer	126 (46)	3.37	0.41			42 (39)	3.45	0.35		
Frauen	148 (54)	3.48	0.35	5.40	0.021	66 (61)	3.44	0.42	0.04	0.85
Alterskategorie	272(100)					108(100)				
< 40 Jahre	145 (53)	3.41	0.38			55 (51)	3.36	0.43		
40 - 70 Jahre	113 (42)	3.45	0.38			49 (45)	3.51	0.33		
> 70 Jahre	14 (5)	3.48	0.50	0.57	0.57	4 (4)	3.77	0.30	3.32	0.040
Versicherungskategorie	272(100)					107(100)				
Allgemein	208 (76)	3.41	0.38			74 (69)	3.39	0.38		
Halbprivat/Privat	64 (24)	3.49	0.37	2.62	0.11	33 (31)	3.56	0.38	4.42	0.038
Eintrittsart	272(100)					107(100)				
Freiwillig	210 (77)	3.46	0.355			84 (79)	3.44	0.40		
Unfreiwillig	62 (23)	3.31	0.45	7.33	0.007	23 (21)	3.43	0.36	0.02	0.88
MN: Arithmetisches Mittel SD: Standardabweichung F: F-Wert aus ANOVA										

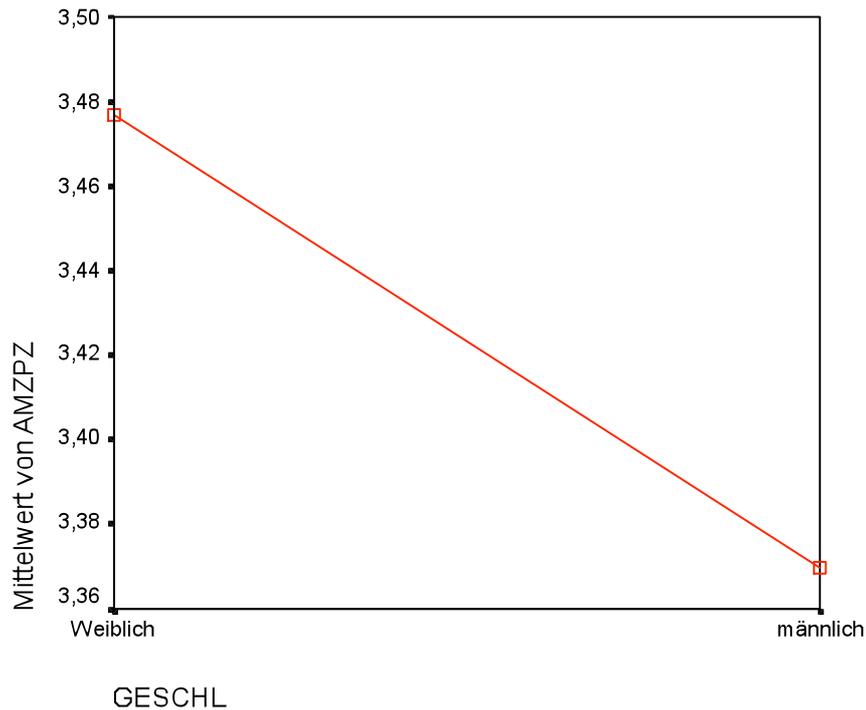


Abbildung 9: Gesamtzufriedenheit in der ersten Erhebung Männer und Frauen

Frauen sind in der ersten Erhebung zufriedener als Männer. Die Unterschiede sind schwach signifikant. In der zweiten Erhebung sind die Männer sogar leicht zufriedener. Die Abweichungen sind aber nicht mehr signifikant.

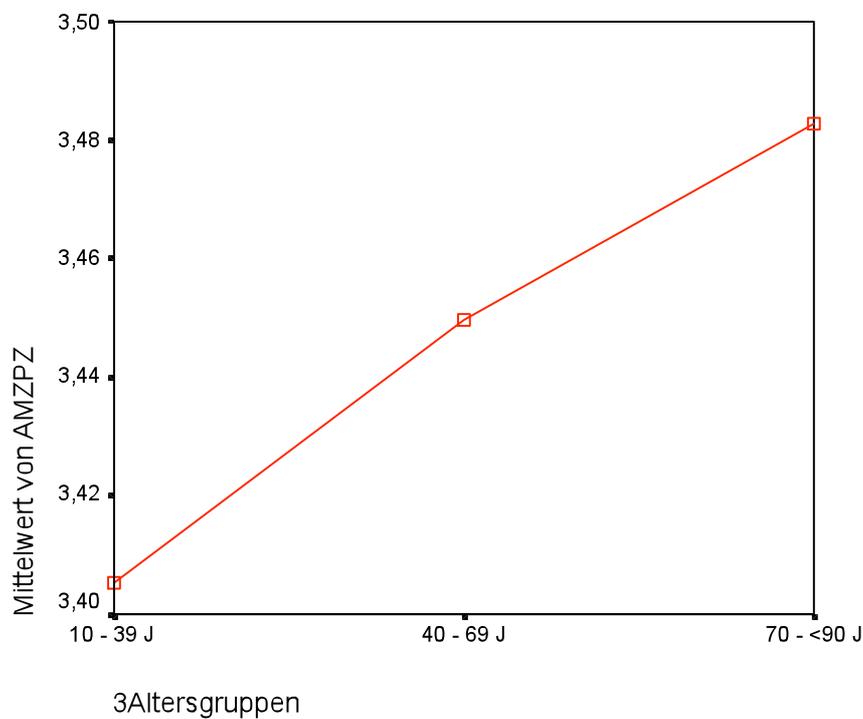


Abbildung 10: Gesamtzufriedenheit in der ersten Erhebung drei Alterskategorien

Ältere PatientInnen sind zufriedener als jüngere PatientInnen. Die Abweichungen sind in der ersten Erhebung als zufällig zu betrachten. In der zweiten Erhebung sind die Abweichungen auf dem 5%-Niveau signifikant.

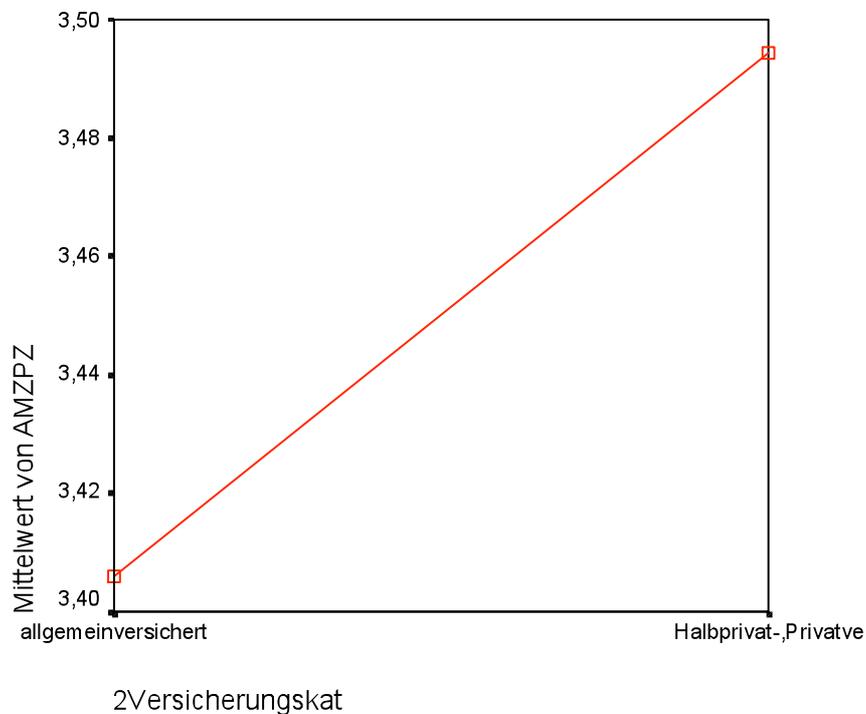


Abbildung 11: Gesamtzufriedenheit in der ersten Erhebung 2Versicherungsklassen

Halbprivat- oder Privatversicherte sind zufriedener als allgemeinversicherte PatientInnen. Die Abweichungen sind in der ersten Erhebung nicht signifikant, in der zweiten Erhebung auf dem 5%-Niveau signifikant.

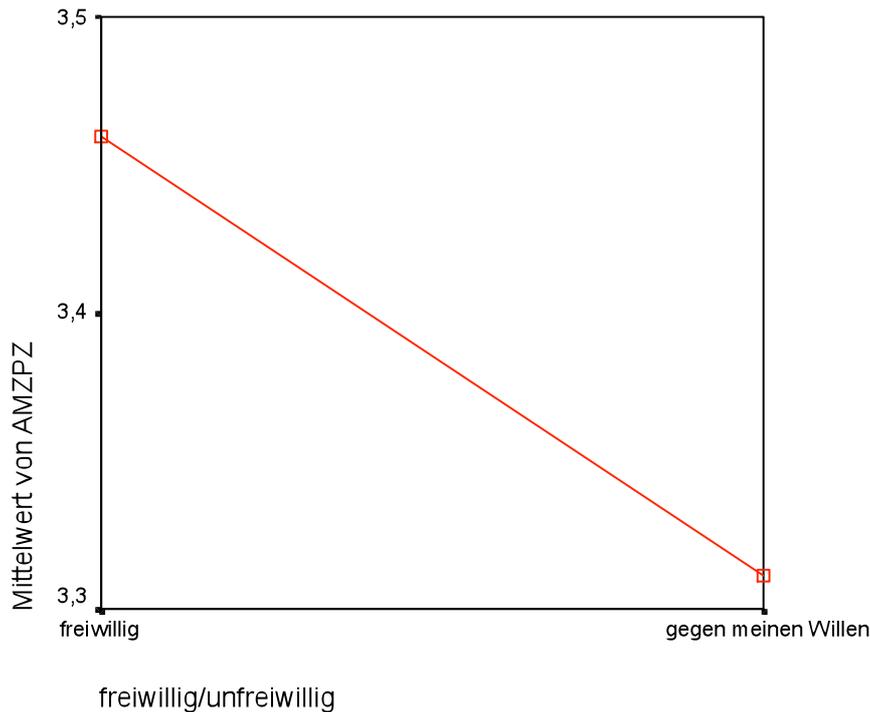


Abbildung 12: Gesamtzufriedenheit in der ersten Erhebung Eintrittsart

Freiwillig eingetretene sind zufriedener als unfreiwillig eingetretene. Die Unterschiede sind in der ersten Erhebung auf dem 1%-Niveau signifikant, währenddem sie in der zweiten Erhebung als zufällig zu betrachten sind.

4.2 Zufriedenheit mit der Behandlung und der Betreuung

Als nächstes wurden die Gruppenvergleiche mit den zwei ersten Faktoren der Faktorenanalyse mit Eigenwerten grösser eins vorgenommen. Man wollte untersuchen, ob die Zufriedenheit mit der Behandlung und der Betreuung insgesamt verschieden von der Gesamtzufriedenheit ist. Die Zufriedenheitsunterschiede nur mit diesen beiden Faktoren zu untersuchen ist grundsätzlich die korrektere Vorgehensweise, da diese beiden Faktoren je etwa gleichviel und einiges mehr als die restlichen Faktoren laden. Im Grunde hätte man in Bezug auf die Gesamtzufriedenheit die Variablen, die in die Gesamtzufriedenheit eingegangen sind, aufgrund ihres unterschiedlichen Beitrags gewichten müssen.

Tabelle 28: Die Gesamtzufriedenheit bezüglich der ersten zwei Faktoren verglichen mit den ersten zwei Faktoren der versch. Gruppen in der ersten und zweiten Erhebung

Gruppen	1. Erhebung			Signifikanz		2. Erhebung			Signifikanz	
	n ₁ (%)	MN	SD	F	p	n ₂ (%)	MN	SD	F	p
Alle Probanden	274(100)	3.33	0.44			108(100)	3.34	0.45		
Männer	126 (46)	3.26	0.49			42 (39)	3.36	0.43		
Frauen	148 (54)	3.40	0.39	6.59	0.011	66 (61)	3.33	0.47	0.09	0.770
Alterskategorie	272(100)					108(100)				
< 40 Jahre	145 (53)	3.31	0.45			55 (51)	3.25	0.48		
40 - 70 Jahre	113 (42)	3.36	0.44			49 (45)	3.42	0.41		
> 70 Jahre	14 (5)	3.33	0.57	0.43	0.652	4 (4)	3.56	0.45	2.27	0.108
Versicherungskategorie	272(100)					107(100)				
Allgemein	208 (76)	3.31	0.45			74 (69)	3.29	0.44		
Halbprivat/Privat	64 (24)	3.41	0.43	2.30	0.131	33 (31)	3.44	0.46	2.73	0.102
Eintrittsart	272(100)					107(100)				
Freiwillig	210 (77)	3.37	0.42			84 (79)	3.33	0.46		
Unfreiwillig	62 (23)	3.22	0.51	5.43	0.021	23 (21)	3.34	0.42	0.01	0.912
MN: Arithmetisches Mittel SD: Standardabweichung F: F-Wert										

Führt man die Gruppenvergleiche auf diese Weise durch, sind ebenfalls nur die Frauen signifikant zufriedener als die Männer und zwar nur in der ersten Erhebung. Die Zufriedenheit mit dem Aspekt der Behandlung und der Betreuung ist in beiden Erhebungen von demjenigen der Gesamtzufriedenheit nicht verschieden. Einzig in der zweiten Erhebung findet man mit diesem Vorgehen, dass AllgemeinpatientInnen nicht mehr signifikant unzufriedener sind als Halbprivat- bzw. Privatversicherte. Das Resultat wird auf diese Weise also noch etwas deutlicher.

4.3 Multivariate Analyse von Zufriedenheitsunterschieden

Als nächstes wurden die verschiedenen Patientenmerkmale Geschlecht, Alter, Versicherungs-kategorie, Eintrittsart zusammengenommen bezüglich signifikanten Unterschieden in Bezug auf die Gesamtzufriedenheit untersucht. Als Modell wurde eine lineare Regression verwendet. Für diesen Vergleich wurde die Alterskategorie dichotomisiert. D. h. die Alterskategorie wurde nur noch in Bezug auf junge PatientInnen 10 bis 39 Jahre und alte PatientInnen 40 bis 70+ Jahre betrachtet. Als abhängige Variable wurde nur noch der erste Faktor, welcher für die Zufriedenheit mit der Behandlung steht, verwendet.

Tabelle 29: Signifikanz der Zufriedenheitsunterschiede in Bezug auf die Behandlung mit den unabhängigen Variablen Geschlecht, Alter, Versicherungsklasse, Eintrittsart in der ersten Erhebung

ANOVA

Modell		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
1	Regression	7,710	4	1,927	1,935	,105 ^a
	Residuen	261,966	263	,996		
	Gesamt	269,676	267			

a. Einflußvariablen : (Konstante), freiwillig/unfreiwillig, 2Versicherungskat, GESCHL, 2 Alterskat

b. Abhängige Variable: REGR factor score 1 for analysis 1

Insgesamt ergeben sich aus diesem Test keine signifikanten Zufriedenheitsunterschiede. Betrachtet man die einzelnen Koeffizienten, ergibt sich das Bild in Tabelle 30.

Tabelle 30: Signifikanz der Zufriedenheitsunterschiede in Bezug auf die Behandlung mit den unabhängigen Variablen Geschlecht, Alter, Versicherungsklasse, Eintrittsart in der ersten Erhebung nach den einzelnen Koeffizienten

Modell	Koeffizienten						Toleranz		VIF
	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten		T	Signifikanz	Toleranz	VIF	
	B	Standardfehler	Beta	T					
(Konstante)	295	243		1,238	,267				
GESCHL	1,200E-02	,123	,006	,239	,817	,403	,997	1,007	
2Alterskat	1,895E-02	,128	,008	,134	,894	,374	,930	1,069	
2Versicherungskat	6,898E-02	,148	,025	,267	,651	,517	,486	1,056	
freiwillig/unfreiwillig	-,392	,148	-,102	-,280	,084	,776	,433	1,023	

^a Abhängige Variable: REGR factor score 1 for analysis 1

Betrachtet man die unabhängigen Variablen einzeln, ergibt sich nur bezüglich der Eintrittsart ein signifikanter Zufriedenheitsunterschied der PatientInnen.

4.4 Zusammenfassung

Es gibt Zufriedenheitsunterschiede zwischen unabhängigen Patientenmerkmalen. Die Unterschiede sind aber nicht signifikant. Die Unterschiede bezüglich der bis jetzt untersuchten Patientenmerkmale in der ersten Erhebung seien in Abbildung 13 übersichtsmäßig nochmals zusammengestellt. Diejenigen in der zweiten Erhebung sind im Anhang 5 S. 105 einzusehen.

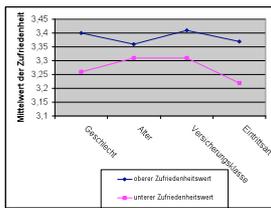


Abbildung 13: Mittlerer Zufriedenheitsunterschied von Behandlung und Betreuung nach vier unabhängigen Variablen in der ersten Erhebung

Der obere Zufriedenheitswert entspricht demjenigen der Frauen, der älter als 40-Jährigen, der Halbprivat- bzw. PrivatpatientInnen und der freiwillig eingetretenen PatientInnen. Der untere Zufriedenheitswert demjenigen der Männer, der unter 40 Jährigen, der allgemein Versicherten PatientInnen und der zwangsweise eingewiesenen PatientInnen. Die Grafik veranschaulicht mit den Daten der ersten Erhebung nochmals: Frauen sind zufriedener als Männer, ältere PatientInnen sind zufriedener als jüngere, Halbprivat- bzw. PrivatpatientInnen sind zufriedener als allgemeinversicherte PatientInnen und freiwillig eingetretene PatientInnen sind zufriedener als zwangsweise eingewiesene PatientInnen. In dieser Erhebung ist der Geschlechterunterschied und der Unterschied nach Eintrittsart auf dem 5% Niveau signifikant.

Es gibt zu diesem Ergebnis in der Literatur unterschiedliche Resultate. Spiessl et al. 1996 S. 3 fand z. B. bei einer Zweitbefragung seiner Patientenstichprobe nach drei Monaten keine signifikant anderen Resultate in Bezug auf die Antworten, obwohl die Zufriedenheit ebenfalls zugenommen hat. Das Resultat stützt die These, dass für die zweite Erhebung eine positive Auswahl der BeantworterInnen noch zugenommen hat. Auch die Abnahme der Unterschiede der Zufriedenheit bei den Gruppenvergleichen weist darauf hin.

5 Klinikvergleiche

Als nächstes wurden noch Klinikvergleiche angestellt. Zunächst interessierten die Zufriedenheitswerte der einzelnen Kliniken wiederum bezüglich der ersten beiden Faktoren. Also Behandlung und Betreuung.

Tabelle 31: Zufriedenheitsunterschiede nach Klinik in der ersten und zweiten Erhebung

Kliniken	1. Erhebung						2. Erhebung					
	Faktor 1 Behandlung			Faktor 2 Betreuung			Faktor 1 Behandlung			Faktor 2 Betreuung		
	MN	SD	Sign.	MN	SD	Sign.	MN	SD	Sign.	MN	SD	Sign.
Auswertbare Fragebogen	N=288											
Gesamt	N=275	3,31	0,49		3,39	0,53		3,37	0,50		3,28	0,54
Puk	N= 92	3,23	0,57		3,28	0,59		3,26	0,48		3,24	0,50
Hard	N= 64	3,32	0,37		3,42	0,45		3,22	0,54		2,96	0,68
Schlössli	N= 36	3,45	0,44		3,50	0,45		3,60	0,40		3,24	0,50
Hohenegg	N= 40	3,31	0,52		3,37	0,54		3,48	0,60		3,66	0,32
Kilchberg	N= 43	3,37	0,47		3,51	0,53		3,40	0,43		3,32	0,47
				0,277			0,442			0,299		0,001

N = Fragebogenanzahl, MN = Mittelwert, SD = Standardabweichung Sign. = Signifikanz der Abweichungen

Die Tabelle zeigt, dass die Zufriedenheitsunterschiede bezüglich der fünf untersuchten Kliniken klein sind. Die Abweichungen von der Gesamtzufriedenheit sind nicht signifikant. Lediglich bezüglich Betreuung in der zweiten Erhebung sind sie signifikant (siehe auch Anhang 6 S. 107). Zur Veranschaulichung der Betrachtung sind in Abbildung 14 die beiden ersten Faktoren der Zufriedenheit aufgetragen.

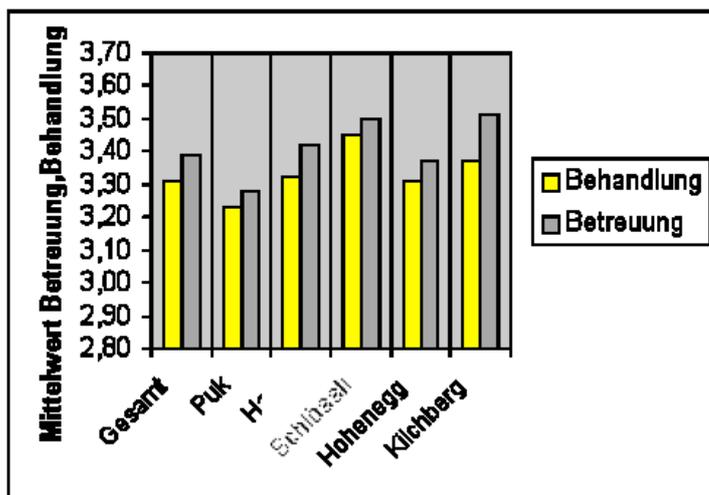


Abbildung 14: Zufriedenheitsunterschiede in der 1. Erhebung zwischen den Kliniken bezüglich der ersten beiden Faktoren Behandlung und Betreuung

In der zweiten Erhebung gibt sich diesbezüglich ein etwas anderes Bild:

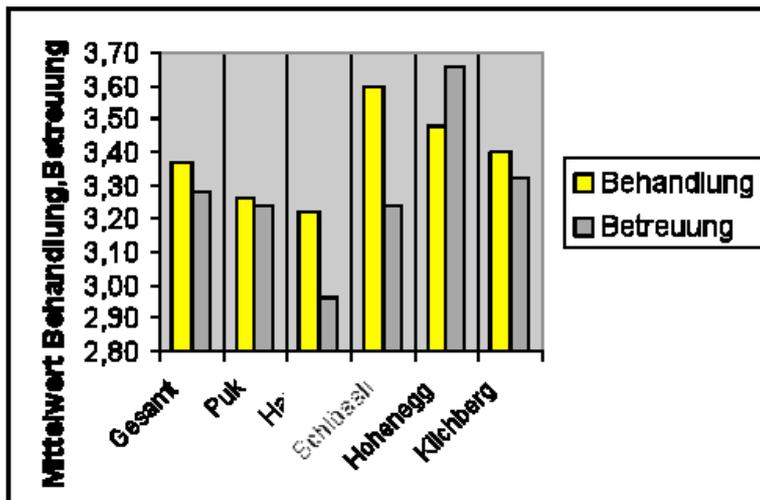


Abbildung 15: Zufriedenheitsunterschiede in der 2. Erhebung zwischen den Kliniken bezüglich der ersten beiden Faktoren **Behandlung** und **Betreuung**

Die Tabelle zeigt, dass der durchschnittliche Mittelwert des ersten Faktors in der zweiten Erhebung höher ist als in der ersten, wenn auch nicht signifikant. Auffällig ist, dass in der Klinik Hard dieser Zufriedenheitswert in der zweiten Erhebung einiges tiefer als in der ersten Erhebung. Für den zweiten Faktor, **Betreuung**, gilt jedoch, dass der Zufriedenheitswert in der zweiten Erhebung tiefer liegt als in der ersten. Hier ist auffällig, dass in der Klinik Hohenegg der Wert in der zweiten Erhebung höher liegt als in der ersten. Diese Resultate werden noch zu diskutieren sein (siehe Kap. 6.4 S. 63).

Als letztes wollte man noch untersuchen, ob bei den beobachteten Unterschiede strukturelle Gründe eine Rolle spielen. Es wurde wiederum mit einer multivariaten linearen Regression untersucht, ob sich solche Unterschiede zeigen würden. Das Resultat zeigt aber ebenfalls keine signifikanten strukturellen Zufriedenheitsunterschiede, weswegen darauf verzichtet wurde, diesen Aspekt hier ausführlich darzulegen. Für genaueres siehe Anhang 6 S. 107.

6 Diskussion

6.1 Versuchsanordnung

Das vorliegende Forschungsdesign wurde aus technischen Gründen gewählt, um die Validierung des Fragebogens optimal durchführen zu können. Anstatt des Paralleltests mit dem Münsterlinger Fragebogen hätte natürlich auch ein Split-Half-Test durchgeführt werden können. Dagegen sprach aber die viel grössere Stichprobe, die man dazu zur Verfügung hätte haben müssen. Dies hätte unseren Zeitplan noch mehr in Frage gestellt. Zum andern war man auch daran interessiert, einen metaanalytischen Einblick zu erhalten. Man wollte die beiden unabhängig voneinander entwickelten Fragebogen (Zürcher und Münsterlinger FB) miteinander vergleichen. Der Test-Retest war ein notwendiger statistischer Test um zu untersuchen, inwiefern das hier replizierte Konstrukt Patientenzufriedenheit reliabel, also wiederholbar dargestellt werden kann.

6.2 Rücklauf

Die ausführliche Untersuchung des Fragebogens zeigt als erstes, dass der Rücklauf ungewöhnlich tief ist für eine Zufriedenheitsuntersuchung. Der tiefe Rücklauf ist sicher zu einem grossen Teil mit der aufwändigen Versuchsanordnung, dem grossen Organisationsaufwand und dem beträchtlichen Zeitdruck für die Durchführung dieser Pilotuntersuchung erklärbar. Für die Kliniken bedeutete die Untersuchung einen nicht unerheblichen Mehraufwand zusätzlich zum Tagesgeschäft, welcher eventuell teilweise dazu geführt hat, dass die Fragebogen nicht – wie ursprünglich geplant – an alle austretenden PatientInnen abgegeben werden konnten. Welche anderen Faktoren hier ebenfalls eine Rolle gespielt haben, ist aufgrund der Datenlage nicht weiter erklärbar. In Anbetracht der relativ guten Datenqualität, vor allem der fehlenden Werte der zurückerhaltenen Fragebogen, ist nicht davon auszugehen, dass die Akzeptanz des Fragebogens grundsätzlich nicht gegeben ist. Genaueres hierzu findet sich im Abschnitt Datenqualität (siehe Kap. 3.3.2. S. 22).

6.3 Repräsentativität

Frauen beteiligten sich generell besser als Männer. Die Abweichungen sind in der ersten Erhebung schwach signifikant, beziehungsweise signifikant in der zweiten Erhebung. Junge beteiligten sich generell besser als ältere PatientInnen. Dies nicht signifikant in der ersten und schwach signifikant in der zweiten Erhebung. Halbprivat- und PrivatpatientIn-

nen sind in beiden Erhebungen hochsignifikant übervertreten. Freiwillig eingetretene beteiligten sich besser als zwangsweise eingewiesene PatientInnen. Dies schwach signifikant in der ersten und nicht signifikant in der zweiten Erhebung.

Offenbar fühlten sich bestimmte Patientengruppen, die mit den erhobenen soziodemografischen Merkmalen unterschieden werden konnten, mehr angesprochen als andere. In Anbetracht des Rücklaufes stellt sich aber die Frage, inwieweit die PatientInnen, welche untervertreten sind, mit unserem Fragebogen überhaupt erreicht werden konnten.

Nicht wahrscheinlich ist, dass es bei den BeantworterInnen eine „positive“ Auswahl im Sinne einer systematischen Verzerrung gegeben hat. Es sind also aufgrund der Datenlage keine speziellen Patientensubgruppen erkennbar, die den Fragebogen nicht ausgefüllt haben. Es wäre sonst nicht zu erklären, dass die PatientInnen in der zweiten Erhebung, zumindest auf Klinikebene, zum Teil unzufriedener gewesen sind als in der ersten Erhebung. Dies in Abweichung zu anderen Studien, in welchen eine generell tiefere Zufriedenheit zwei Wochen nach Austritt gefunden wurde.

Das Moment der nun fehlenden möglichen direkten Kontrolle bezüglich der abgegebenen Beurteilung der PatientInnen in der Untersuchung bei Austritt und die viel kleinere Abhängigkeit von der Klinik, nachdem die PatientInnen nicht mehr dort behandelt werden, unterscheidet die zweite Erhebung wesentlich von der ersten. Darüber hinaus wurde, um denselben Fragebogen zweimal auszufüllen, nicht nur eine grundsätzliche Akzeptanz gegenüber solchen Befragungen verlangt, sondern ein Verständnis für den Zweck dieser Untersuchungsanordnung, bzw. eine gewisse Überzeugung bezüglich des Nutzens dieses speziellen Vorgehens. Es ist aufgrund der Datenlage nicht davon auszugehen, dass diese in der zweiten Erhebung zusätzlich erforderliche Akzeptanz für die Versuchsanordnung gleichzeitig eine höhere Zufriedenheit mit dem Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik zur Folge hat.

In beiden Erhebungen sind Halbprivat- bzw. PrivatpatientInnen stark übervertreten. Falls man diesem relativ unspezifischen Merkmal eine gewisse Nähe zum hier nicht erhobenen Merkmal Bildung zuschreibt, was auch die Absicht der Erhebung dieses Merkmales gewesen ist, kann die weiterführende Hypothese aufgestellt werden, dass Bildung ein Faktor für die Akzeptanz solcher Untersuchungen zu sein scheint.

Generell scheint es sehr sinnvoll zu sein, genauer zu untersuchen, wer sich an solchen Untersuchungen nicht beteiligt. Dafür ist es aber nötig, zusätzliche objektive Variablen zu kennen. Zu nennen sind sicher einmal diagnosespezifische Faktoren. Die Implikationen der Variablen Versicherungsklasse legen nahe, den Faktor Bildung als zufriedenheitsunterscheidendes Merkmal in die Überlegungen einzubeziehen.

Ebenfalls hier nicht untersucht ist die Frage, inwiefern erstmals eingetretene PatientInnen einen Aufenthalt anders beurteilen als PatientInnen, die schon mehrmals in einer psychiatrischen Klinik gewesen sind.

Es beteiligen sich selten mehr als die Hälfte der Befragten an solchen Untersuchungen. In Anbetracht davon, dass aus dieser Art von Untersuchungen relevante Implikationen für die Qualität eines Aufenthaltes in einer Klinik abgeleitet werden, sollte dem Aspekt der Repräsentativität insofern Aufmerksamkeit geschenkt werden, als er auch effektive Zufriedenheitsunterschiede zu generieren vermag. Von solchen Gruppenunterschieden ist aber weiterhin auszugehen. Das relativ kleine N in dieser Untersuchung lässt keine genügend sicheren Aussagen dazu machen.

6.4 Gruppenvergleiche

Die Gruppenvergleiche bezüglich der Gesamtzufriedenheit zeigen keine eindeutigen Tendenzen. Natürlich hätte man hier erwartet, dass sich hinsichtlich der nachfolgend besprochenen objektiven Variablen signifikante Zufriedenheitsunterschiede ergeben. Das dies nicht so eindeutig der Fall ist, hat verschiedene Gründe.

Geschlecht

Während die Frauen in der ersten Erhebung schwach signifikant zufriedener sind als die Männer, sind die Männer in der zweiten Erhebung sogar etwas zufriedener als die Frauen. In der zweiten Erhebung können die Unterschiede aber als zufällig betrachtet werden. In der Literatur finden sich hierzu keine eindeutigen Resultate. Erwartet wurde, dass Frauen signifikant zufriedener sind als Männer.

Alter

Ältere PatientInnen sind zufriedener als jüngere. Jedoch sind diese Unterschiede nur in der zweiten Erhebung schwach signifikant. Erwartet wurde, dass ältere PatientInnen signifikant zufriedener sind als jüngere. Dies ist auch aus der Literatur bekannt.

Versicherungsklasse

Die Zufriedenheitsunterschiede bezüglich der Versicherungskategorie sind in der ersten Erhebung zufällig. In der zweiten Erhebung sind sie auf dem 5%-Niveau signifikant. Hier wurde erwartet, dass allgemeinversicherte PatientInnen unzufriedener sind.

Eintrittsart

Bezüglich der Eintrittsart sind die Abweichungen in der ersten Erhebung signifikant, in der zweiten Erhebung gar nicht mehr. Erwartet wurde, dass freiwillig eingetretene PatientInnen signifikant zufriedener sind als zwangsweise eingewiesene.

Ein Problem der Untersuchung ist, wie bereits erwähnt, das relativ kleine N. Es kann jedoch nicht davon ausgegangen werden, dass die Zufriedenheitsunterschiede bezüglich der hier untersuchten Merkmale klarer differenzieren würden, wenn das N grösser gewesen wäre. Die Ergebnisse weisen eher darauf hin, dass die hier gewählten Unterscheidungsmerkmale nicht hinreichend sind für die Diskriminierung von Zufriedenheitsunterschieden einzelner Patientengruppen. Besonders für das Merkmal Versicherungs-kategorie scheint dies der Fall zu sein. Ob Bildung ein zufriedenheitsunterscheidendes Merkmal ist, muss unbeantwortet bleiben. Das Merkmal Versicherungs-kategorie unterstützt die Hypothese nicht eindeutig. Ebenfalls offen bleiben muss die Frage, ob sich die Zufriedenheit von Erstintretern von derjenigen von Wiedereintretern unterscheidet. Diagnosespezifische Unterschiede in der Wahrnehmung von Zufriedenheit spielen wahrscheinlich ebenfalls eine wichtige Rolle, wenn man Resultate von anderen Untersuchungen betrachtet. (vgl. Spiessl et al 1995 S. 158).

Klinikunterschiede

Die gefundenen Klinikunterschiede sind ebenfalls nicht signifikant. Sie verweisen aber darauf, dass der vorliegende Fragebogen Klinikunterschiede zu generieren vermag. Die lineare Regression zeigt auch, dass es strukturelle Zufriedenheitsunterschiede gibt. Dass die Unterschiede nicht signifikant sind, ist vor allem der Tatsache zuzuschreiben, dass das N pro Klinik relativ klein ist. In weiteren Untersuchungen müsste dem vorliegenden Umstand Rechnung getragen werden. Es ist dann zu untersuchen, ob strukturelle Klinikunterschiede mit genügend grossem N signifikant werden.

6.5 Datenqualität

Die Datenqualität der berechenbaren Fragebogen ist gut. Die Antwortverteilungen sind bis auf die Fragen nach dem Respekt und die Frage nach dem Zeitpunkt der Entlassung zufriedenstellend bis gut. In Bezug auf die Trennschärfe erweist sich in der ersten Erhebung nur die Frage nach der Qualität des Essens und die Frage nach dem Respekt der TherapeutInnen als revisionsbedürftig. In der zweiten Erhebung nur Frage 14 nach dem Zeitpunkt der Entlassung. Hier wird sichtbar, dass der Zürcher Fragebogen eben sehr heterogene Aspekte der Zufriedenheit abfragt. Das Gewicht liegt auf der Behandlung und der Betreuung. Die Logik der Statistik erfordert genügend grosse Skalen, um befriedigende Korrelationen für die entsprechenden Bereiche zu erhalten. Es handelt sich bei diesen drei Items um inhaltlich offensichtlich relevante Fragen. Sie scheinen aber mit den anderen Fragen nicht so hoch zu korrelieren.

Generell kann beobachtet werden, dass die Akzeptanz aufgrund der fehlenden Werte beim Zürcher Fragebogen höher ist als beim Münsterlinger Fragebogen. Allerdings hat der Münsterlinger Fragebogen etwas bessere Antwortverteilungen.

6.6 Dimensionalität

Die Faktorenanalyse zeigt, dass mit dem Fragebogen verschiedene Aspekte der Patientenzufriedenheit abgefragt werden. Der Bartlett-Test auf Sphärizität ist hoch signifikant. Die interne Korrelation der einzelnen Faktoren ist aber kaum je über $\alpha = .800$. Nur der erste Faktor erfüllt diese Anforderung immer.

Am besten sind die Korrelationen bei einer forcierten Zweifaktorenlösung. Sie betragen $\alpha = .88$ für den ersten Faktor und $\alpha = .78$ für den zweiten Faktor in der ersten Erhebung.

Wird das Konstrukt auf die Behandlung und die Betreuung reduziert, vermag man testpsychologische Anforderungen zu erfüllen. Dies aber um den Preis einer Reduktion von Patientenzufriedenheit auf diese beiden Aspekte.

Inhaltlich konnte mit der forcierten Vierfaktorenlösung Lösung das mit den Fokusgruppen qualitativ explorierte Modell am besten repliziert werden. Die so gefundenen Skalen erfüllen aber bis auf die Zuf-8 Skala die testpsychologischen Anforderungen nicht. Das war aber auch nicht zu erwarten. Das Konzept des Fragebogens beruhte gerade darauf, heterogene Aspekte der Patientenzufriedenheit abzufragen. Ein Ziel der gesamten Untersuchung war relevante Bereiche der Patientenzufriedenheit zu finden. Um testpsychologische Kriterien zu erfüllen, hätten aber die strukturellen Bedingungen des Fragebogens geändert werden müssen. Es hätten Skalen gezielt konstruiert werden müssen, was aber auch bedingt hätte, dass der Fragebogen um einiges umfangreicher geworden wäre. Der vorliegende Fragebogen beweist aber gerade, dass es für die Implikationen der Qualitätssicherung nicht unbedingt nötig ist, solche testpsychologische Vorgaben zu erfüllen. Auch in der vorliegenden, kurzen Form kommen Zufriedenheitsunterschiede zwischen einzelnen Kliniken und Bereichen zu Stande. Die Zufriedenheit mit der Behandlung und Betreuung stand bei den PatientInnen im Vordergrund, was ja, weil es sich bei diesen beiden Aspekten des Aufenthaltes um veränderbare Bereiche handelt, gerade erwünscht war. Gleichwohl sind Aspekte der Organisation und der Infrastruktur ebenfalls wichtig, weshalb auf Fragen zu diesen Bereichen nicht verzichtet worden war.

6.7 Reliabilität

Die Reliabilität des ganzen Fragebogens beträgt $\alpha = 0,89$ in der ersten und $\alpha = 0,91$ in der zweiten Erhebung. Sie genügt beide Male den diesbezüglichen testpsychologischen Anforderungen. Insbesondere das Test-Retest Verfahren zeigt, dass der Fragebogen zwar heterogene Aspekte der Patientenzufriedenheit abdeckt, aber trotzdem eine gewisse Stabilität aufweist. Die relativ gute Korrelation von $r = 0,738$ der beiden Erhebungen, zeigt, dass das vorliegende Konstrukt recht stabil ist. Das beweist, dass die hier abgefragten Aspekte nicht zufällig für Patientenzufriedenheit gehalten werden, sondern dass es sich um relevante Aspekte dieser Zufriedenheit handelt, die wiederholter Befragung standhalten. Hier weist der Fragebogen meiner Meinung nach über die Testpsychologie hinaus. Seine Konzeption geht nicht von einer formalen, skalenrelevanten Betrachtung aus, wie das beispielsweise der Zuf-8 Fragebogen tut, sondern sie geht von inhaltlichen, patientenorientierten Implikationen aus. Der Fragebogen scheint die Patientenmeinung nun auch zum Ausdruck zu bringen, und zwar wiederholbar.

6.8 Validität

Kriteriumsvalidität

Der Paralleltest mit dem Münsterlinger Fragebogen ergibt eine Korrelation der beiden Fragebogen von $r = 0,713$ und zeigt, dass der Zürcher Fragebogen sehr ähnliche Aspekte der Patientenzufriedenheit wie der Münsterlinger Fragebogen abfragt. Die relativ hohe Korrelation der unabhängig voneinander entwickelten Fragebogen ist umso erstaunlicher als der Zürcher Fragebogen um einiges weniger umfangreich ist als der Münsterlinger Fragebogen. Die Korrelation des ganzen Zürcher Fragebogens mit der Zuf-8 Skala beträgt $r = 0,89$ in der ersten und $r = 0,91$ in der zweiten Erhebung. Sie erfüllt wiederum die diesbezüglichen testpsychologische Anforderungen. Es wird so möglich sein, sich zumindest im deutschsprachigen Raum zu vergleichen, was ebenfalls eine Vorgabe an den Zürcher Fragebogen gewesen ist.

Dimensionalität des Fragebogens

Für die Diskussion der Dimensionalität sind der besseren Übersicht wegen die beiden Tabellen mit der Faktorenlösung mit Eigenwerten grösser als 1 nochmals abgebildet. Die einzelnen Faktoren in den beiden Erhebungen sollen miteinander verglichen werden.

Tabelle 32: Faktorenlösung mit Eigenwerten grösser als eins in der ersten Erhebung

Rotierte Komponentenmatrix						
	1	2	3	4	5	6
Wiederkommen (ZufB)	.778					
Zufrieden im Heim (ZufB)	.737					
Zufrieden Behandl (ZufB)	.717		.316			
Behandlung entspr (ZufB)	.694					
Aussagen Hilfe (ZufB)	.675					
Hilfe Probleme (ZufB)	.668					
Qualität Behandl (ZufB)	.661					.302
Wohnempfehlung (ZufB)	.626					
Fachkompetenz Ärztinnen		.715				
Gespräche Ärztinnen		.694	.366			
Info Medikamente	.308	.616				
Einbezug Behandlungsziele	.420	.604				.342
Verfahrenl. Entscheidung			.736			
Organisation Nachbetreuung			.731			
Zerpunkt Entscheidung	.324		.598			
Respekt Therapeuten				.804		
Respekt Pflege				.775		
Respekt Ärztinnen		.317		.668		
Informations Dienst					.770	
Akustik Station					.686	
Qualität Essen					.480	
Einbezug Angehörige			.345		.406	
Mitbestimmung Therapien						.705
Zufriedenheit Zimmer					.363	.595
Info Anw. Abwesenheit						.544
Personal						

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse
 Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung
 * Die Rotation ist in 7 Iterationen konvergiert.

Tabelle 33: Faktorenlösung mit Eigenwerten grösser als eins in der zweiten Erhebung

	Rotierte Komponentematrix					
	1	2	3	4	5	6
Altenheim (Zuf-8)	.834					
Zufrieden Behandlung (Zuf-6)	.816					
Weiterempfehlung/Link (Zuf-8)	.789					
Zufrieden mit Krank (Zuf-8)	.758					
Wiederkommen (Zuf-8)	.753					
Hilfe Probleme (Zuf-8)	.745					
Behandlung entlassen (Zuf-8)	.731					
Qualität Behandlung (Zuf-6)	.724					
Fachkompetenz ÄrztInnen	.430		.397	.413		
Information Eintritt		.755		.337		
Info Medikamente		.693				
Info An- / Abwesenheit		.646				-.365
Prinzipal		.644		.442		
Ankunft Station		.644				
Einbezug Behandlungsziele	.399	.511				.325
Organisation Nachbetreuung			.739			
Gespräche ÄrztInnen		.364	.629			
Verfahren Entlassung	.415		.626			
Dringst Pflege				.718		
Zufriedenheit Zimmer				.603	.483	
Respekt ÄrztInnen	.390		.464	.595		
Respekt TherapeutInnen			.470	.551		
Mitbestimmung Therapien	.366			.519		.351
Zufuhr Entlassung					.730	
Einbezug Angehörige		.398			.634	
Qualität Essen						.677

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse
 Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung
 * Die Rotation ist in 10 Iterationen konvergiert.

Vergleicht man die beiden Matrizen wird deutlich, dass sie keine stabilen Dimensionen aufweisen. Während in der ersten Erhebung die Zuf-8 einen eigenen Faktor bildet, kommt in der zweiten Erhebung zur Zuf-8 Skala noch die Frage nach der Fachkompetenz der ÄrztInnen hinzu. Während der zweite Faktor in der ersten Erhebung einen Arztfaktor bildet, bildet der zweite Faktor in der zweiten Erhebung einen Betreuungsfaktor. Während der dritte Faktor in der ersten Erhebung inhaltlich die Fragen bezüglich der Entlassung und danach stellt, bildet sie in der zweiten Erhebung inhaltlich einen Faktor bezüglich Gesprächen.

Während in der ersten Erhebung der vierte Faktor Fragen nach dem Respekt des Personals gegenüber den PatientInnen darstellt, stellt er in der zweiten Erhebung einen Betreuungsfaktor dar. Während der fünfte Faktor in der ersten Erhebung einen Betreuungsfaktor darstellt, fasst er in der zweiten Erhebung die Frage nach dem Zeitpunkt der Entlassung und dem Ausmass an Einbezug der Angehörigen zusammen. Während der sechste Faktor in der ersten Erhebung die Mitbestimmung bei der Auswahl der Therapien, die Zufriedenheit mit dem Zimmer und Information über An- und Abwesenheit des Personales zusammenfasst, lädt bei der zweiten Erhebung nur noch die Frage nach der Qualität des Essens darauf.

Was die faktorenanalytische Einteilung in den beiden Erhebungen betrifft, spiegelt diese die Heterogenität des vorliegenden Konstruktes wider. Die Gruppierung ist rein formal aus faktoranalytischer Sicht nicht klar³. Es muss also davon ausgegangen werden, dass die Unterteilung in objektive und subjektive Faktoren der Zufriedenheit eine eher theoretische Überlegung ist. Die Fragen korrelieren alle untereinander und sind immer Ausdruck einer subjektiven Patientenmeinung. Für eine praxisrelevante Umsetzung der Auswertung können die Fragen inhaltlich gruppiert werden und die einzelnen, so entstandenen Faktoren müssen je nach ihrem Beitrag für das ganze Konstrukt gewichtet werden. Dies ist einfach zu bewerkstelligen, indem man die Fragen inhaltlich gruppiert und gemäss dem dann zu berechnenden Cronbach alpha gewichtet.

6.9 Zum Konstrukt Patientenzufriedenheit im Fragebogen

Bei einer möglichen Weiterentwicklung sollten die Fragen, welche keine guten Trennschärfe, hohe Missingwerte oder hohe Deckenwerte aufweisen, grundsätzlich revidiert oder ergänzt werden. Bei der Frage 4 nach der Qualität des Essens hat man die Möglichkeit, die Frage einfach zu belassen oder aber eine neue Skala zum Essen zu bilden, d.h. den Fragebogen zu erweitern, um die Korrelationen zu verbessern. Das gilt auch für die Frage 14 nach dem Einbezug der Angehörigen und die Frage 22 nach dem Zeitpunkt Entlassung. Die Skalen werden, wie weiter oben bereits erwähnt, stabiler und korrelieren höher, wenn mehrere Fragen zu einem Aspekt gestellt werden. Die Antworten auf die Fragen nach dem Respekt des Personals (Fragen 8, 9, 10) weisen auf erwünschtes Antwortverhalten hin und sollten revidiert werden. Die Fragen sind zu direkt aus den Patientenanliegen übernommen worden. Die Fragen sollten so umformuliert werden, dass erwünschtes Antwortverhalten eine kleinere Rolle spielt.

³ Es ist jedoch nicht klar, ob diese Unterschiede durch bereits angesprochene Verzerrungen oder durch das kleine N in der zweiten Erhebung zu Stande gekommen sind.

Die Frage 7 nach der Mitbestimmung bei den Therapien ist zu allgemein formuliert. Es wäre sehr sinnvoll hier mehr zu unterscheiden und konkrete Fragen zu stellen, die es zulassen würden, die einzelnen Disziplinen der zentralen medizinischen Dienste (Physio-, Ergotherapie, Sozialdienst) analog zu den ÄrztInnen und zur Pflege abzufragen. Dazu müsste der Fragebogen aber ebenfalls erweitert werden.

Es muss generell überlegt werden, ob die auf 25 Items beschränkte Anzahl der Items unter diesen Umständen durchgehalten werden kann. Man muss sich auch entscheiden, ob man die Weiterentwicklung unter testpsychologischen Gesichtspunkten weiterführen will oder ob man sich mit den vorliegenden – für die Beurteilung der Qualität eines stationären Aufenthaltes in einer psychiatrischen Klinik, recht guten Korrelationen - zufrieden gibt.

6.10 Abschliessende Bemerkungen zur Entwicklung

Das vorliegende Konstrukt Patientenzufriedenheit im neuentwickelten Fragebogen enthält also noch einige Unzulänglichkeiten. Man könnte diese Mängel noch verbessern, sie beinhalten keine grundsätzlichen Probleme. Die Überprüfung des Fragebogens zeigt dennoch überaus zufriedenstellende Resultate in Bezug auf die an ihn gestellten Anforderungen. Probleme ergeben sich vor allem bei der Durchführung der Untersuchung. Hier scheinen noch einige Unsicherheiten vorhanden zu sein. Es wurde auf einige Mängel bezüglich der Repräsentativität und auch bezüglich der unabhängigen Variablen hingewiesen. Es ist wichtig, Gleiches mit Gleichem zu vergleichen, wenn man daraus Bewertungen über die Qualität in den verschiedenen Kliniken ableiten will. Hier ist noch einige Aufklärungsarbeit zu leisten. Vor allem auch in den Firmen und Institutionen, die solche Untersuchungen durchführen. Zahlen für sich sagen noch nicht viel aus. Es muss für einen Vergleich unter den verschiedenen Kliniken darauf geachtet werden, welche Patientengruppen miteinander verglichen werden und inwiefern strukturelle Unterschiede in den Kliniken eine Rolle spielen. Es fehlt an Know-how und zum Teil auch ein grundsätzliches Verständnis für die Komplexität der Fragestellung. Ebenfalls ist die Akzeptanz in den Kliniken nicht so gross, wie das zu wünschen wäre. Für die MitarbeiterInnen und auch für die PatientInnen bedeutet eine solche Untersuchung zunächst einfach einmal einen Mehraufwand. Diese Art von Untersuchungen müssen erst noch ihre Nützlichkeit beweisen. Für die gewünschten Zwecke wäre es zudem sehr sinnvoll, mehrere Fragebogenmodule zu entwickeln, die es ermöglichen würden unterschiedliche Aspekte der Zufriedenheit spezieller abzufragen. Das wäre sicher um einiges fruchtbarer und hilfreicher für die betroffenen Institutionen. Module haben den Vorteil spezifischer sein zu können, ohne dass der Fragebogen bzw. das Modul des Bereiches, der untersucht werden soll, zu lange wird für die PatientInnen, die ihn ausfüllen müssen.

7 Integration der Leitkategorien zu einer Theorie der Patientenzufriedenheit

Die in den beiden Pretests vorläufig bestätigten Leitkategorien des Konstruktes Patientenzufriedenheit sind nun in der Pilotuntersuchung umfassend überprüft worden. Die konstruktkonstituierenden Variablen sind weitgehend bestätigt worden. Mängel und Verbesserungsvorschläge sind ausführlich diskutiert worden (Kap. 6 S. 61ff.). Die unabhängigen Variablen wurden ebenfalls diskutiert (ebd.). Sie wurden bis auf die unabhängige Variable Versicherungsklasse bestätigt. Die mittels Faktorenanalyse gefundenen Leitkategorien des Konstruktes können nun zu einer vorläufigen Theorie der Patientenzufriedenheit integriert werden.

7.1 Skalenbildung zu einem vorläufig überprüften Konstrukt der Patientenzufriedenheit bei einem stationären Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik

Patientenzufriedenheit wird konstituiert durch:

Die Variablen zum Eintritt

- Der Information beim Eintritt
- Dem Empfang bei der Ankunft auf der Station

Die Variablen zum Aufenthalt

- Den Ansprüchen an das Zimmer
- Der Qualität des Essens
- Der Information über An- und Abwesenheiten des die PatientInnen betreuenden Personals

Die Variablen zur Behandlung

- Vom Einbezug bei der Bestimmung der Behandlungsziele
- Von der Einflussnahme auf die Auswahl der Therapien
- Vom Respekt der Ärzte gegenüber der PatientInnen
- Vom Respekt der Pflegenden gegenüber den PatientInnen
- Vom Respekt des Personals der therapeutischen Dienste gegenüber den PatientInnen

- Von der fachliche Betreuung der ÄrztInnen
- Von der genügenden Anzahl Gespräche mit den ÄrztInnen
- Von der Aufklärung über Wirkung und Nebenwirkung der Medikamente
- Vom Einbezug der Angehörigen in die Behandlung im richtigen Ausmass
- Von der Qualität der Behandlung
- Von der Art der Behandlung
- Von der Nützlichkeit der Behandlung in Bezug auf die Probleme der PatientInnen
- Vom Ausmass der Hilfe, welches die PatientInnen bei der Behandlung erfahren haben
- Von der Zufriedenheit mit der Behandlung, welche die PatientInnen erhalten haben

Die Variablen des Austritts

- Von der Vorbereitung auf die Entlassung
- Von der Organisation der Nachbetreuung
- Vom Zeitpunkt der Entlassung
- Von der Bedürfnisbefriedigung der PatientInnen durch die Klinik
- Von der Meinung über die Klinik
- Von der Weiterempfehlung der Klinik

Es ist aber auch davon auszugehen, dass eine Reihe von weiteren Fragen das Konstrukt konstituieren, welche im vorliegenden Fragebogen nicht berücksichtigt worden sind. Man hat auch gesehen, dass es eine Reihe von Patientenmerkmalen gibt, welche vom Konstrukt Patientenzufriedenheit unabhängig sind und welche die Zufriedenheit mit einem Aufenthalt in der Psychiatrischen Klinik beeinflussen. Es sind dies:

- Das Geschlecht
- Das Alter
- Der Eintrittsmodus

Die Versicherungsklasse ist kein zureichendes patientenspezifisches Merkmal, um Zufriedenheitsunterschiede zwischen Patientengruppen zu erklären.

Die vorhandenen zufriedenheitskonstituierenden Fragen im Fragebogen sollen nun zu inhaltlich sinnvollen und praxisrelevanten Skalen zusammengefasst werden.

Tabelle 34: Skalen der Zufriedenheit aufgrund inhaltlicher Gesichtspunkte

Betreuung	Cronbach alpha = .6890
1 Information beim Eintritt	
2 Empfang bei der Ankunft auf der Station	
5 Information über An- und Abwesenheiten des die PatientInnen betreuenden Personals	
8 Respekt der Ärzte gegenüber der PatientInnen	
9 Respekt der Pflegenden gegenüber den PatientInnen	
10 Respekt des Personals der therapeutischen Dienste gegenüber den PatientInnen	
Hotellerie	Cronbach alpha = .3627
3 Ansprüchen an das Zimmer	
4 Qualität des Essens	
Behandlung	Cronbach alpha = .8272
6 Einbezug bei der Bestimmung der Behandlungsziele	
7 Einflussnahme auf die Auswahl der Therapien	
11 Fachliche Betreuung der ÄrztInnen	
12 Anzahl Gespräche mit den ÄrztInnen	
13 Aufklärung über Wirkung und Nebenwirkung der Medikamente	
14 Einbezug der Angehörigen in die Behandlung im richtigen Ausmass	
15 Qualität der Behandlung	
16 Art der Behandlung	
17 Nützlichkeit der Behandlung in Bezug auf die Probleme der PatientInnen	
18 Ausmass der Hilfe, dass die PatientInnen bei der Behandlung erfahren haben	
19 Zufriedenheit mit der Behandlung, welche die PatientInnen erhalten haben	
Entlassung	Cronbach alpha = .6539
20 Vorbereitung auf die Entlassung	
21 Organisation der Nachbetreuung	
22 Zeitpunkt der Entlassung	
Image	Cronbach alpha = .7913
23 Bedürfnisbefriedigung der PatientInnen durch die Klinik	
24 Meinung über die Klinik	
25 Weiterempfehlung der Klinik	

Man findet, dass die Fragen zu sinnvollen und praxisrelevanten Skalen mit akzeptablen Korrelationen zusammengefasst werden können. Grundsätzlich wären auch andere inhaltliche Skalen vorstellbar. Mit den vorliegenden können aber zweifelsohne relevante Bereiche eines Aufenthaltes in der Psychiatrischen Klinik untersucht und beurteilt werden. Zwei Skalen, nämlich die Behandlungsskala und die Imageskala, erfüllen sogar testpsychologische Anforderungen.

Bei einer zukünftigen Auswertung der Patientenzufriedenheit mit diesem Fragebogen müssen die vorliegenden Skalen, die praxisrelevanten Bereiche eines Aufenthaltes in der Psychiatrischen Klinik, anhand ihrer Korrelationen gewichtet werden. Wenn man einen Klinikvergleich anstrebt, was sicher aufschlussreich sein kann, muss diese Gewichtung vorgenommen werden und müssen die strukturellen Zufriedenheitsunterschiede in den

Kliniken einbezogen werden, um eine Gesamtzufriedenheit darstellen zu können, der solche Vergleiche überhaupt zulässt.

Aus diesen Skalen lässt sich nun ein neues Modell der Patientenzufriedenheit darstellen:

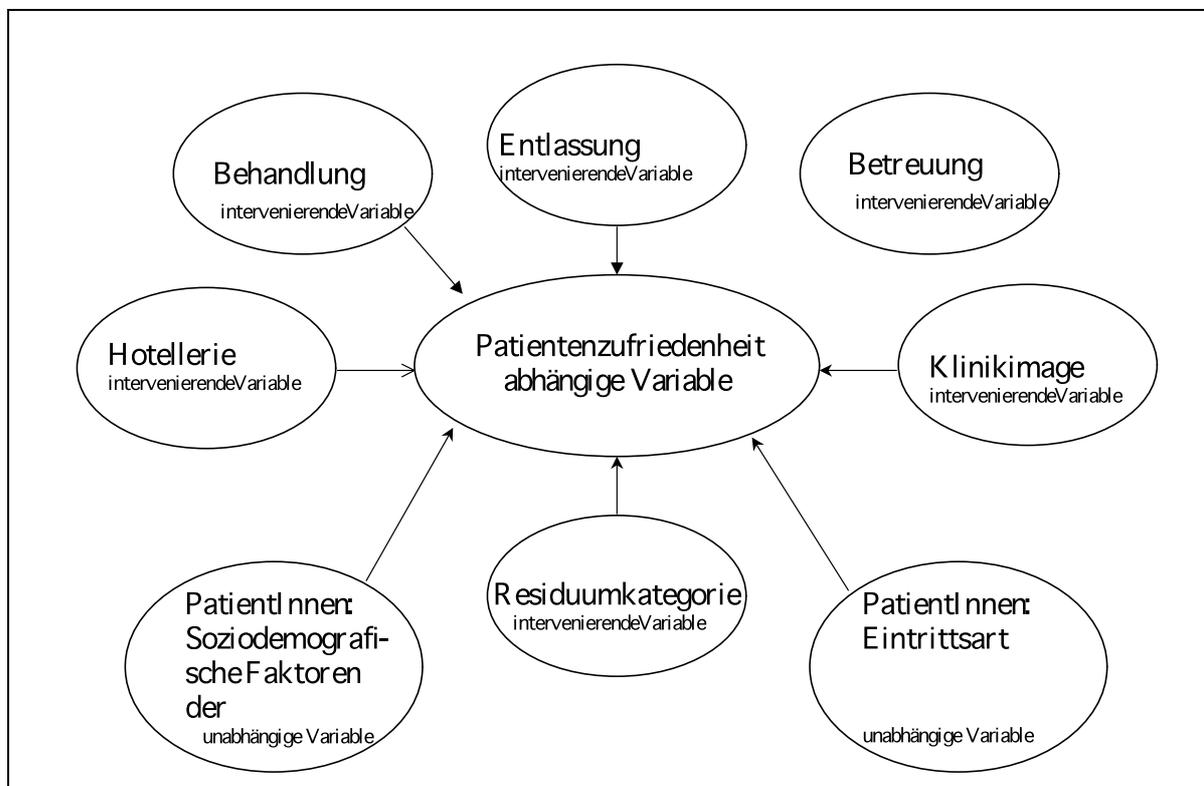


Abbildung 16: revidiertes Modell der Patientenzufriedenheit

Die Abbildung 16 zeigt nun das aufgrund der quantitativen Analyse revidierte Modell der Patientenzufriedenheit. Es zeigt sich dabei, dass mittels des vorliegenden Fragebogens und auch aufgrund der Gesetzmässigkeiten der Statistik⁴ für die quantitative Beurteilung der Patientenzufriedenheit viel weniger Bereiche eine Rolle spielen als aus der qualitativen Analyse anfänglich geschlossen worden war. Diese Tatsache weist erstens auf Unterschiede von qualitativer und quantitativen Methoden hin: Auch wenn eine Generalisierung des Konstruktes mittels quantitativer Methoden andere Aspekte der Zufriedenheit in den Vordergrund bringt, ergeben sich aber keine inkonsistenten oder gar widersprüchlichen Resultate. Das war auch nicht zu erwarten, da die Fragen im Fragebogen ja aus dieser qualitativen Exploration stammen.

⁴ Mit Gesetzmässigkeiten der Statistik ist gemeint, dass es bei quantitativen Untersuchungen dieser Art nötig ist, eine genügend grosse Anzahl von Items zusammen zu fassen, weil sonst die Korrelationen der einzelnen Skalen zu klein werden. Ob Korrelationen zufriedenstellend ausfallen, ist aber nicht nur von der Anzahl Items abhängig. Das zeigt die Skala Image, die nur aus drei Fragen besteht und doch eine recht gute Korrelation aufweist.

Sehr wohl setzt die quantitative Untersuchung aber andere Akzente. Wurde in der qualitativen Untersuchung der Behandlungs- und Betreuungsprozess als sehr wichtiges Merkmal der Patientenzufriedenheit erachtet, zeigt sich in der quantitativen Analyse das Klinikimage als zusätzlicher sehr wichtiger Faktor. Obwohl diese Skala nur drei Items besitzt, ist das Cronbach $\alpha = .7930$ ausserordentlich hoch.

Im weiteren weist die quantitative Untersuchung nochmals auf die Beschaffenheit des Konstruktes hin. Offenbar spielt die subjektive, aufgrund der Erfahrung und dem Vorwissen über einen stationären Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik entstandene Meinung zur Zufriedenheit die wesentliche Rolle bei der Beurteilung der Zufriedenheit. Patientenzufriedenheit ist also, wie auch aus der Literatur bekannt, ein Faktor von Qualität. Und sie hat in hohem Masse subjektiven Charakter. Auf das weisen auch die einbezogenen unabhängigen Variablen hin. Offenbar haben Geschlecht, Lebensalter und Eintrittsart einen gewissen Einfluss auf die wahrgenommene Zufriedenheit unabhängig vom Konstrukt Patientenzufriedenheit selber. Das vorliegende Modell bestätigt die Definition von Küttel in hohem Masse. „Patientenzufriedenheit entsteht in (subjektiver) komplexer, rationaler und emotionaler Verarbeitung der persönlichen Erfahrungen mit den (objektiven) Leistungen des Spitals und steht immer in Bezug zur eingebrachten Erwartungshaltung“ (Küttel 1998 S. 2).

7.2 Verortung des Konstruktes im Qualitätsdiskurs

7.2.1 Qualitatives und Quantitatives Konstrukt

Ich möchte zunächst nochmals auf das in der Forschungsarbeit qualitativ erarbeitete Modell der Patientenzufriedenheit zurückkommen, um die aus dieser umfassenden Untersuchung gewonnen Erkenntnisse dort einzubringen.

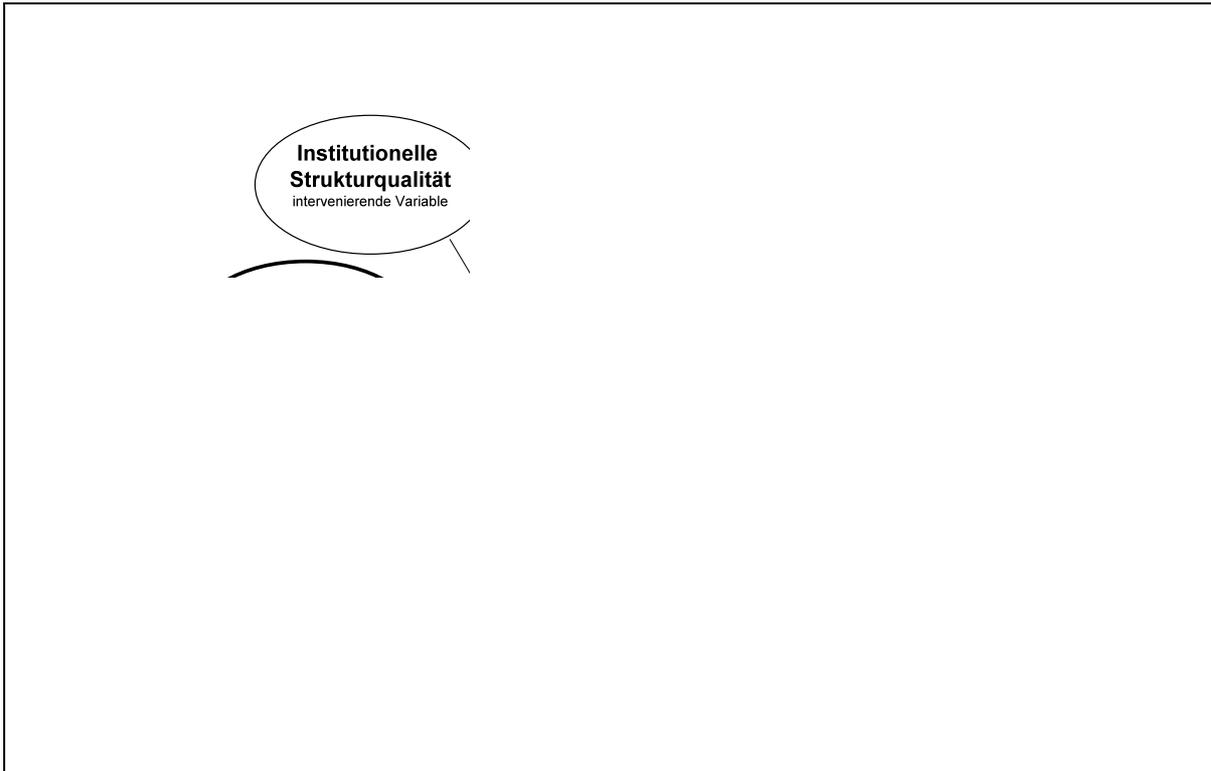


Abbildung 17: Modell des qualitativen Konstrukts Patientenzufriedenheit

Das qualitative Modell ist um einiges umfangreicher als die effektiven Skalen im Fragebogen. Man kann sagen, dass im quantitativen Konstrukt eine Teilmenge des qualitativen Konstruktes abgebildet werden kann. Allerdings verhält es sich nicht ganz so einfach. Bestimmte Aspekte, auf die im weiteren eingegangen werden soll, werden aufgrund der quantitativen Analyse anders gewichtet.

Behandlung

Die Beziehung Personal – PatientInnen, die im qualitativen Konstrukt in Abb. 17 mit „Behandlung und Betreuung“ als nur einer Kategorie bezeichnet ist, ist im quantitativen Konstrukt (siehe Abb.16 S. 76) aufgeteilt in die zwei Kategorien Behandlung und Betreuung. Die wahrgenommene Zufriedenheit der PatientInnen mit ihrer Behandlung findet im Fragebogen eine Entsprechung in der Skala Behandlung. Die Skala erfüllt testpsychologische Anforderungen.

Man kann also postulieren, dass je besser die wahrgenommene Behandlung bei einem stationären Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik gewesen ist, desto zufriedener sind die PatientInnen mit diesem Aspekt. Es handelt sich um eine lineare Beziehung, da die entsprechende Korrelation testpsychologische Anforderungen erfüllt (vgl. Schelten 1980). Selbstverständlich sagt aber die wahrgenommene Qualität der Behandlung nicht viel über die effektive Behandlungsqualität aus (vgl. Hannover et al. 2000).

Die Beziehung zwischen Personal und Angehörigen betrifft eine einzige Variable im Fragebogen. Die Frage nach dem Mass an Einbezug der Angehörigen in die Behandlung. Das heisst hier zunächst, dass je optimaler der Einbezug der Angehörigen in den Behandlungsprozess ist, desto zufriedener sind die PatientInnen. Jedoch müsste man die Beziehung der Klinik zu den Angehörigen ebenfalls umfassender abfragen, um die Beziehung dieses Aspektes der Zufriedenheit genauer spezifizieren zu können.

Betreuung

Die wahrgenommene Zufriedenheit mit der Betreuung legt nahe, dass je besser die Qualität der Betreuung ist, desto höher die Zufriedenheit mit der wahrgenommenen Qualität der Betreuung. Die Skala zeigt relativ hohe Korrelationen.

Hotellerie

Die Skala Hotellerie korreliert relativ niedrig mit der wahrgenommenen Zufriedenheit der PatientInnen dieses Aspekts. Die wahrgenommene Zufriedenheit mit dem Essen und den Ansprüchen an das Zimmer ist bei einem Aufenthalt in der Psychiatrischen Klinik eventuell weniger wichtig, als andere Aspekte. Es ist aber auch möglich und sogar wahrscheinlich, dass die Aspekte der Qualität der Hotellerie zu wenig differenziert abgefragt worden sind. Es handelt sich, aus Platzgründen im Fragebogen, nur um zwei Items.

Entlassung

Die Qualität der Entlassung korreliert relativ hoch mit der wahrgenommenen Zufriedenheit mit diesem Aspekt. Der Aspekt der individuellen Bedürfnisse in Bezug auf die Entlassung spielt hier also eine Rolle. Es handelt sich um keinen unwichtigen Aspekt der Behandlung, hat aber auch mit der Beziehung zwischen Aufenthalt in der Klinik und der Vernetzung der Klinik mit dem psychosozialen Versorgungssystem zu tun.

Image

Die Skala Image korreliert hoch mit der Patientenzufriedenheit. Sie erfüllt testpsychologische Anforderungen, obwohl sie nur durch drei Items zu Stande kommt. Die wahrgenommene Zufriedenheit mit dem Klinikimage ist offenbar ein bisher unterschätzter Aspekt von Zufriedenheit mit einem Aufenthalt in der Psychiatrischen Klinik. Diese Skala, so wie sie im Fragebogen zu Stande kommt, hat einerseits etwas mit der wahrgenommenen Qualität der Behandlung und Betreuung zu tun. Die drei Fragen sprechen in hohem Masse das Ergebnis des Aufenthaltes an. Die Skala Image sagt andererseits auch etwas über die Wahrnehmung der Klinik in der Öffentlichkeit aus. Es ist hier nicht zu klären, inwiefern die öffentliche Meinung die individuelle Meinung der PatientInnen nach einem Aufenthalt in der Psychiatrischen Klinik beeinflusst. Es ist aber davon auszugehen, dass es für eine Klinik wichtig ist, wie sie in der Öffentlichkeit wahrgenommen wird, welchen Ruf sie hat.

7.2.2 Bedeutung des psychosozialen Versorgungssystems für die Qualität eines Aufenthaltes in der Psychiatrischen Klinik

Es wird aus der Spezifizierung der Beziehungen deutlich, dass die wahrgenommene Zufriedenheit im vorliegenden Konstrukt wesentlich von den Beziehungen der Akteure abhängt. Es kann auch etwas über die Art dieser Beziehungen ausgesagt werden. Um verallgemeinernd nochmals auf die Qualität des Aufenthaltes zurückzukommen, scheint es mir notwendig einen bisher unbeachteten Aspekt von Qualität bei einem Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik einzuführen: Bei ständig steigenden Aufnahmezahlen und gleichzeitiger Verkürzung der Aufenthaltszeiten stellt sich die Frage nach der Funktion eines Aufenthaltes in der Psychiatrischen Klinik. Es ist davon auszugehen, dass Spardruck, der rasante Anstieg von Personen, die sich stationär behandeln lassen und die immer kürzeren Aufenthaltszeiten die Art der Dienstleistungen bei einem stationären Aufenthalt in der Psychiatrischen Klinik verändern. Nicht nur Struktur, Prozess und Ergebnis werden davon beeinflusst, sondern es ist anzunehmen, dass sich auch die Funktion eines Aufenthaltes verändert. Es ist unmittelbar einsichtig, dass Funktion mit Struktur, Prozess und Ergebnis in einer im Moment nicht näher bestimmbar Art zusammenhängen. Es ist nicht davon auszugehen, dass PatientInnen innerhalb von 10, 20 oder 30 Tagen geheilt oder ihre Gesundheit stark verbessert werden kann. Es ist wahrscheinlicher, dass in diesem Zeitraum eine Art Notfallversorgung geleistet wird, die danach weiterbehandelt wird. Natürlich übernimmt die stationäre Psychiatrie auch weitere Funktionen innerhalb des psychosozialen Versorgungssystems. Zu nennen sind hier die Forensik und wie häufig bei zwangseingewiesenen PatientInnen Schutz vor Selbst- oder Fremdaggression von PatientInnen. Um

diesen Aspekt in den Qualitätsdiskurs einzubeziehen, schlage ich ein eigenes Qualitätsmodell vor.

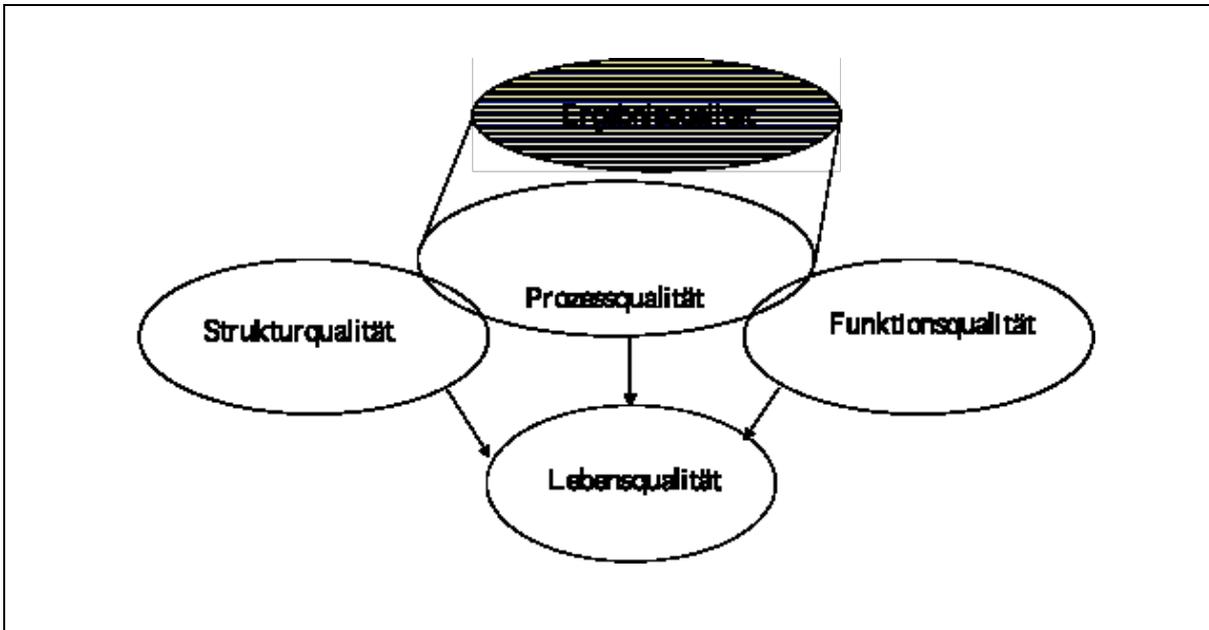


Abbildung 18: um den Aspekt von Funktion erweitertes Qualitätsmodell

Die Abbildung zeigt, dass Ergebnisqualität ein Produkt von Prozessqualität ist. Sie ist in der Prozessqualität angelegt und liegt gleichsam hinter der Prozessqualität. Dies wird aus der vorliegenden Untersuchung deutlich: sind die PatientInnen mit dem Prozess (Behandlung und Betreuung) zufrieden, so empfehlen sie die Klinik auch weiter, geben an selber wieder zu kommen, wenn sie ein ähnliches Problem hätten. Ergebnis ist also etwas im Prozess angelegtes und von ihm bestimmtes. Ergebnis wie es hier aufgefasst wird, ist aber nicht dasselbe wie Outcome. Ergebnis beruht hier auf einer Selbsteinschätzung, hat also in hohem Masse subjektiven Charakter. Outcome wird mit weitgehend objektiven Parametern bestimmt (Abnahme der Symptomatik etc.). Um Funktionsqualität zu bestimmen, ist es nötig zu wissen, was die angestrebte Funktion eines Aufenthaltes in einer Psychiatrischen Klinik ist. Dafür fehlen aber im Moment weitere Daten. Sinnvoll – auch volkswirtschaftlich gesehen – ist es wahrscheinlich, für die PatientInnen eine gute Lebensqualität anzustreben. Wie diese genau definiert wird und welche Implikationen und Rechtfertigung es für sie aus gesellschaftlicher Sicht gibt, müsste eine weiterführende Forschung belegen. Das wird hier also im Moment nicht weiter besprochen.

Die um Funktion erweiterte Qualitätsdefinition der Dienstleistungen in der Psychiatrischen Klinik hat dann ebenfalls Folgen für das psychosoziale Versorgungssystem insgesamt.

Es sei in Abbildung 19 nochmals kurz dargestellt.

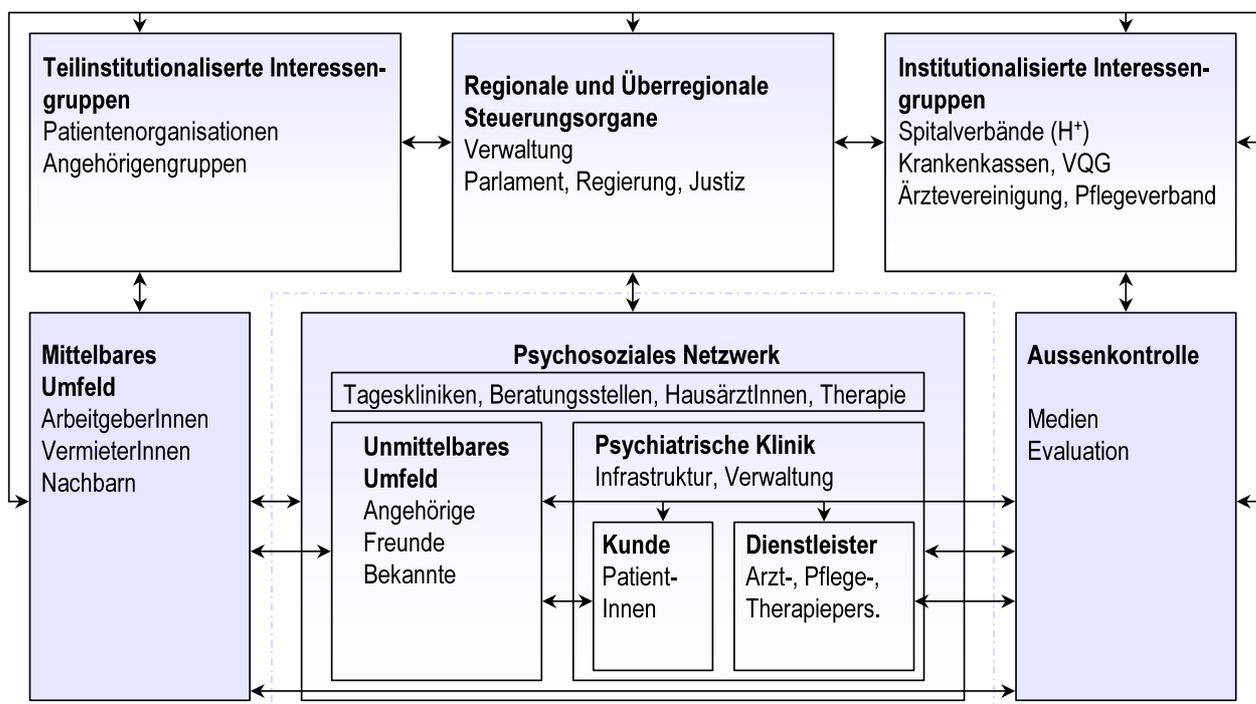


Abbildung 19: erweitertes Netzwerk psychosoziales Versorgungssystem

Betrachtet man dieses erweiterte Netzwerk, wird klar, dass die Psychiatrische Klinik als Teil des psychosozialen Versorgungssystems mit einer Reihe von weiteren Akteuren in Beziehung steht und innerhalb der Gesellschaft Funktionen übernehmen muss, die ihr zugewiesen werden, sobald übergeordnete Steuerungsmechanismen wirksam werden oder Entscheidungsträger das beschliessen. Es müsste also aufgrund einer Netzwerkanalyse in einer weiterführenden Untersuchung bestimmt werden, welches die funktionale, gesellschaftliche Aufgabe der Psychiatrischen Klinik innerhalb des psychosozialen Versorgungssystems ist.

7.3 Exkurs: Gesellschaftliche Funktion der Psychiatrie und des psychosozialen Versorgungssystems

Die gesellschaftliche Funktion des psychosozialen Versorgungssystems muss als eine Form von sozialer Kontrolle, neben dem Justizsystem und dem Fürsorgesystem, verstanden werden.

Soziale Kontrolle wurde ursprünglich sehr breit definiert als Struktur, Prozess, Beziehung oder Akt, welche die soziale Ordnung konstituiert. In neuerer Zeit taucht die Notwendigkeit auf, zwischen verschiedenen Kontrollprozessen zu unterscheiden. Man kann zunächst zwischen interner und externer Kontrolle unterscheiden.

Interne Kontrolle bezieht sich auf Prozesse, bei denen sich die Menschen an soziale Normen halten, weil sie daran glauben. Das könnte man als Sozialisation bezeichnen. Externe Kontrolle hingegen wird als zunächst normativer Prozess verstanden. Sie beschreibt alle jene Begebenheiten, die wenn man sich an sie hält, sozialen Status, Geld und Freiheit bringen und für die man zur Rechenschaft gezogen wird, wenn man sie nicht befolgt. Natürlich spielen auch andere Faktoren eine Rolle. Zum Beispiel Macht und Autonomie, die darüber entscheiden, inwiefern man sich sozialer Kontrolle unterziehen muss oder will.

Man kann die darüber erschienenen Studien in Mikro- und Makrostudien unterteilen. Individuen betrachtend kann man die psychologische, die normative oder die soziale Auswirkung von z.B. Gefängnis- oder Geldstrafen auf Menschen untersuchen. Kollektive, d.h. Organisationen und Vereinigungen betrachtend kann man untersuchen, wie soziale Kontrolle von einer bestimmten Kultur oder sozialen Struktur beeinflusst wird. Untersuchungen beschäftigen sich mit der Struktur oder Funktionsweise des Justiz-, des Gesundheits- oder des Fürsorgesystems. Die meisten Studien fokussieren dabei auf eine Organisation, eine Politik oder ein Programm. Sie sind dabei weniger theoriegeleitet, sondern geben sich wie meine Untersuchung, mit einer Kategorisierung zufrieden. Die Ergebnisse bleiben aber auch deshalb singulär, weil es sich bei den Untersuchungen um verschiedene Forschungsrichtungen handelt (Kriminologie, Ethnologie, Gesundheitsforschung). Wegen dieser „Balkanisierung“ bleiben theoretische Aspekte, welche verschiedene Perspektiven von sozialer Kontrolle in Beziehung zu setzen vermöchten, oft diffus. Inwiefern kann man diese Beziehungen aber aus übergeordneten Theorien von sozialer Kontrolle ableiten? Und daraus folgernd, inwiefern kann man empirische Studien mit solchen übergeordneten Theoriekonzepten in Verbindung bringen? Ich beziehe mich im Folgenden auf die Überlegungen und Resultate einer Untersuchung von Liska, A. E. (1997).

7.3.1 Beziehung zwischen Formen von sozialer Kontrolle

Die existierende Literatur zum Thema Beziehungen zwischen verschiedenen Formen von sozialer Kontrolle ist unterteilt in die Untersuchung der Beziehung zwischen dem Justizsystem und dem Gesundheitssystem und zwischen dem Justizsystem und dem Fürsorgesystem (ebd.).

Zu historischen Untersuchungen über das Justizsystem und das psychosoziale Versorgungssystem:

Man findet verschiedene historische Untersuchungen über das Auftreten der zwei Systeme. Es besteht ein Konsens darüber, dass diese Systeme im Rahmen einer generellen Reform der Gesellschaft im 18., 19. und 20. Jahrhundert entstanden sind. Während dem die einen den Übergang der Agrargesellschaft zu einer Industriegesellschaft als Gründe für das Entstehen der Systeme betrachteten – die traditionellen normativen Institutionen wie die Familie und die Kirche seien von diesen Systemen abgelöst worden – argumentierten die anderen, dass die kapitalistische Gesellschaft die Schaffung dieser Systeme notwendig gemacht hat. Eine Anstrengung der Eliten, um die Massen zu disziplinieren.

Die Untersuchung der Beziehung zwischen den zwei Systemen beschränkt sich darauf, Indikatoren für die zwei Systeme zu finden und die Kovarianz zwischen den zwei Populationen zu beleuchten. So zum Beispiel Studien, die das Vorkommen von psychischer Krankheit in Gefängnissen und von Kriminalität bei Psychatriepatienten untersuchten. Die Sozialhistoriker sind sich aber einig darüber, dass das Justizsystem und das Gesundheitssystem komplementäre Antworten der Autoritäten sind, um die Gefahr von gesellschaftlicher Destabilisierung zu kontrollieren. Sie gingen zusammen mit Urbanisierung, Industrialisierung und Kapitalismus. Es werden verschiedene (lineare) Zusammenhänge postuliert: sinkende Aufenthaltsraten in Armenhäusern führen beispielsweise zu einem Anstieg der Aufenthaltsraten in Wohnheimen usw.

Zur Forschung über soziale Indikatoren von sozialer Kontrolle:

Während der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts hätten Psychiater erfolgreich soziale Probleme medikalisiert. Die Argumentation war, dass Kriminalität und viele andere soziale Probleme psychische Ursachen haben. Dementsprechend stieg die Rate von psychiatrisierten Patienten in den USA bis Mitte der 50-iger Jahre auf etwa 500'000 an, während die Gefängnispopulation im gleichen Zeitraum lediglich 200'000 betrug.

Mitte der 60-iger Jahre ging die Population der psychiatrisierten Patienten signifikant zurück, während die Anzahl in Gefängnissen Internierten auf 300'000 anstieg. Das wirft die Frage auf, inwiefern die beiden Populationen funktionale Alternativen sozialer Kontrolle sind. Die Kovariation der beiden sozialen Indikatoren legt nahe, dass es eine inverse Beziehung zwischen den beiden Populationen geben muss. Allerdings liegen unterschiedliche (sich zum Teil widersprechende) Ergebnisse zu diesem Befund vor. Auch wenn die Untersuchungsmethoden besser geworden sind, berichtet niemand eine Evidenz, dass diese Formen der sozialen Kontrolle in irgendeiner Beziehung zueinander stehen.

Zur Surveyforschung:

In Surveystudien werden die Mechanismen untersucht, durch welche problematische Bevölkerungsschichten von einem System zum andern wechseln. Über die Jahre erscheinen drei wissenschaftliche Forschungsfelder relevant, um die Beziehungen zwischen dem Justizsystem und dem psychosozialen Versorgungssystem zu erklären. Historische Studien, Studien, die Kovarianzen zwischen den beiden Systemen untersuchen und Studien welche die Struktur und Funktion der beiden Systeme untersuchen.

Um eine theoretische Integration der verschiedenen Forschungen zu erreichen ist es nötig, diese drei Forschungsfelder als verschiedene Strategien für das selbe theoretische Thema zu betrachten. Alle drei Strategien postulieren, dass die soziale Ordnung von den beiden Systemen kontrolliert wird. Es werden im weiteren in dieser Studie drei kausale Prozesse hierzu beschrieben: Ein Ansteigen der sozialen Bedrohung führt zu einer Zunahme beider Populationen, derjenigen des Justizsystems und derjenigen des psychosozialen Versorgungssystems. Ein Ansteigen der Population im einen oder andern System führt zu einer Abnahme der Bedrohung der sozialen Ordnung. Erhöht man die Restriktionen für einen Eintritt in eines der beiden Systeme (zum Beispiel in das psychosoziale Versorgungssystem), wächst gleichzeitig der Druck um Aufnahme in ein anderes soziales Kontrollsystem (z.B. das Justizsystem). Soviel zu den Resultaten der Studie von Liska.

7.3.2 Empirische Beziehungen

Liska kommt weiter zum Schluss, dass es wenig bis keine Evidenz gibt, dass das Justiz-, das Fürsorge- und das psychosoziale Versorgungssystem negativ kovariieren. Dagegen gibt es einige empirische Evidenz, dass diese Formen der sozialen Kontrolle auf die selben, den drei Kontrollsystemen zu Grunde liegenden, kausalen Bedingungen (nämlich soziale Bedrohung) ansprechen und darum positiv kovariieren. Und zwar in dem Ausmass in welchem die kausalen Bedingungen, auf welche die drei Systeme der sozialen Kontrolle zu antworten vermögen (ökonomische und gesellschaftliche Bedingungen), positiv miteinander kovariieren. Liska weist darauf hin, dass die theoretischen Implikationen welche den Untersuchungen zu Grunde liegen, den diesen Systemen zu Grunde liegenden kausalen Strukturen und Prozessen zu wenig Aufmerksamkeit schenken. Abhängig von der Komplexität von solchen Prozessen, können positive oder negative Beziehungen unabhängig von der Stärke dieser Korrelationen, theoretisch trotzdem von Bedeutung sein (Liska 1997).

7.3.3 Theoretische Perspektiven von sozialer Kontrolle

Soziale Strukturen funktionieren im Hinblick darauf, gesellschaftliche Wertnotwendigkeiten zu sichern (Durkheim 1938). Die neuen funktionalistischen Konzepte orientierten sich im Grossen und Ganzen immer noch an diesem Ansatz. Soziale Kontrolle ist also gedacht als das Instrumentarium, das die Werte, Ziele und Notwendigkeiten der Gesellschaft aufrecht erhält. Insofern soziale Kontrolle wirksam ist – also ihre funktionale Aufgabe wahrnehmen kann – erhält sie die Gesellschaft stabil. Falls soziale Kontrolle funktional ist, muss es auch eine Beziehung zwischen verschiedenen dazu vorgesehenen Kontrollsystemen geben (alle haben die gemeinsame Aufgabe, die Gesellschaft stabil zu halten).

7.3.4 Modellierung von Prozessen der sozialen Kontrolle

Wenn man die Beziehungen zwischen Formen von sozialer Kontrolle und den ihnen zu Grunde liegenden sozialen Prozessen verbinden möchte, muss das mit logischen, kausalen Modellen geschehen.

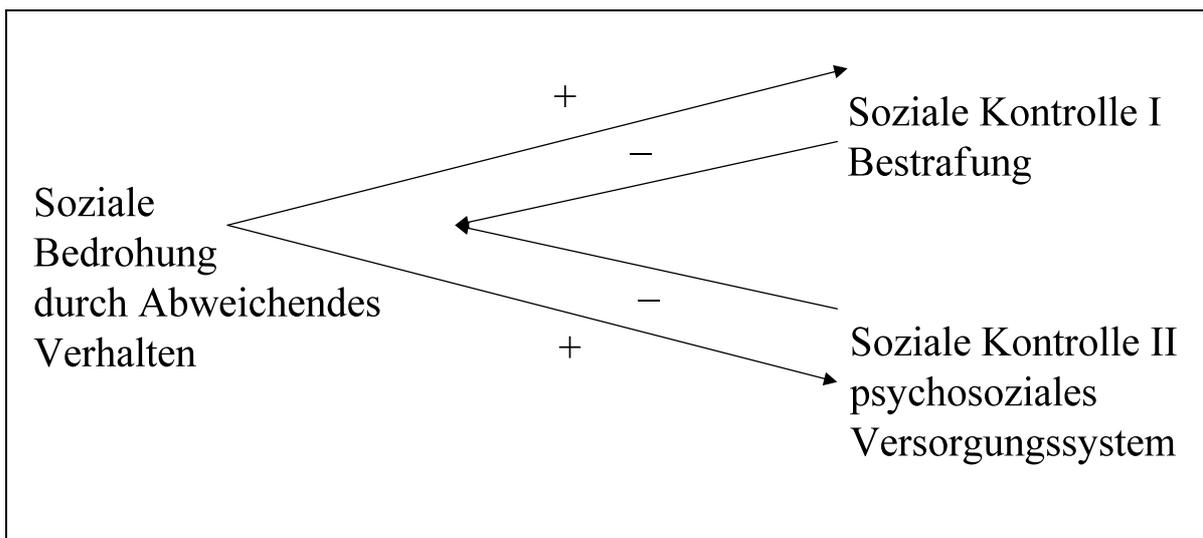


Abbildung 20: funktionalistisches Modell der sozialen Kontrolle

Ich habe ein sehr einfaches funktionalistisches Modell gewählt, das lineare Beziehungen postuliert. Das Modell impliziert, dass wenn die soziale Kontrolle durch das psychosoziale Versorgungssystem abnimmt, die soziale Kontrolle des Justizsystems zunimmt. Allerdings ist, wie weiter oben besprochen, nicht davon auszugehen, dass es sich um so einfache lineare Funktionalitäten handelt. Die Zunahme von psychiatrischen Erkrankungen hat wohl vielerlei Ursachen.

Während es sehr viel Forschung zum Thema soziale Kontrolle gibt, hat man wenig in Richtung allgemeiner Theorien von sozialer Kontrolle gearbeitet. Man müsste die Beziehungen zwischen verschiedenen Formen von sozialer Kontrolle untersuchen und die em-

pirischen Beziehungen zwischen den verschiedenen Formen von sozialer Kontrolle studieren. Es gibt aber einige Evidenzen (vgl. Liska 1997), die hier angesprochenen Beziehungen zwischen dem Justizsystem und dem psychosozialen Versorgungssystem für plausibel zu halten. Insofern halte ich die Schlusshypothese, den Aspekt der Funktion des psychosozialen Versorgungssystems in die weiteren Überlegungen einzubeziehen, für einen erfolgversprechenden weiteren Aspekt um Strukturen, Prozesse und Funktionen des psychosozialen Versorgungssystems besser zu verstehen und weiteren Aufschluss für den zunehmenden Steuerungsbedarf der Systeme der sozialen Kontrolle innerhalb der Gesellschaft zu erhalten.

7.4 Schlussfolgerung für die vorliegende Arbeit

Die Funktion von psychiatrischer Klinik müsste also in einem nächsten Schritt analysiert werden. Der vorangehende Exkurs zeigt jedenfalls, dass das psychosoziale Versorgungssystem insgesamt und damit auch die Psychiatrische Klinik eine bestimmte Funktion innerhalb der Gesellschaft wahrnimmt. Meine Hypothese ist, dass es sich dabei um soziale Kontrolle handelt. Diese Funktion müsste nun näher untersucht werden und die Kosten, welche das psychosoziale Versorgungssystem verursacht, müssten den funktionalen Alternativen von sozialer Kontrolle gegenübergestellt werden. Diese Betrachtungsweise zeigt nun sehr gut, wie kurzsichtig die zunächst ökonomische Betrachtungsweise ist, wenn sie Kosten sparen möchte, indem sie nur den Prozess für sich betrachtet und optimieren möchte.

7.5 Zusammenfassung

Mit dem vorliegenden Konstrukt Patientenzufriedenheit kann man praxisrelevante Aussagen über wichtige Bereiche von Dienstleistungen in der Psychiatrischen Klinik machen. Das quantitative Konstrukt relativiert das qualitative insofern, als es zwar enger gefasst, gleichzeitig aber mehr über die Qualität der subjektiven Selbsteinschätzung der PatientInnen aussagt. Man kann diesbezüglich auch sehen, welche Einschränkungen das vorliegende Konstrukt aufweist. Ich konnte mit Hilfe der Korrelationen der inhaltlich gebildeten Skalen einige Beziehungen im System Psychiatrische Klinik genauer spezifizieren. Und ich konnte mit dem Einbezug des Netzwerkes der psychosozialen Versorgung insgesamt das für ökonomischen Notwendigkeiten verwendete Qualitätsmodell von Donabedian modifizieren und erweitern.

Zuletzt habe ich noch darzulegen versucht, was die Funktion des psychosozialen Versorgungssystems in der Gesellschaft sein könnte, und ein einfaches funktionalistisches Modell vorgeschlagen, um den Beziehungen zwischen psychosozialem Versorgungssystem, Justizsystem und Fürsorgesystem weiterführend nachgehen zu können. Ich glaube, dass es sich volkswirtschaftlich auszahlen würde, wenn möglichst hohe Lebensqualität der untersuchten marginalen, sich durch abweichendes Verhalten auszeichnende Gesellschaftssubgruppe angestrebt würde. Das psychosoziale Versorgungssystem müsste seine Funktionen überprüfen und die entsprechenden Entscheidungsträger müssten ein grosses Interesse daran haben, diese Funktionalitäten zu klären und zu beeinflussen. Die Qualität eines Wohlfahrtsstaates, wie des unsrigen könnte durch zwischensystemische Koordination die Lebensqualität von Randgruppen verbessern und wohl sogar Kosten eindämmen⁵.

⁵ Es ist beispielsweise bekannt, dass sich Suchtkranke oder psychisch labile Menschen stabilisieren, wenn eine entsprechende Infrastruktur vorhanden ist, um arbeiten zu können. Es wäre zu untersuchen, inwiefern das billiger ist, als diese Leute sich selber zu überlassen und die Kosten einer daraus folgenden Verwahrlosung an das Justiz oder/und an das Gesundheitssystem zu überwälzen.

8 Schlussbetrachtung und Ausblick

Ich habe in der vorliegenden Studie einerseits versucht, das gesuchte Konstrukt Patientenzufriedenheit umfassend zu untersuchen und weiter zu erhellen, wie die Zufriedenheit der PatientInnen mit einem stationären Aufenthalt zu verstehen ist und wie sie zustande kommt. Neben der Validierung des nun in der Praxis wohl weiter angewandten Fragebogens habe ich auch zu zeigen versucht, wie man diese Zufriedenheitswerte in den Kliniken konstruktiv in das Qualitätsmanagement einbeziehen könnte und welche Grenzen diese Art von Untersuchungen in einem praxisrelevanten Rahmen haben. Zuletzt habe ich noch versucht die spezielle Art des (ökonomischen) Qualitätsdiskurses, der ja im Moment sehr en vogue ist, aus einer soziologischen Perspektive zu beleuchten und um soziologische Aspekte zu erweitern.

Sicherlich ist die Qualitätsdiskussion innerhalb der Psychiatrie auch wichtig in Hinblick auf die ständig steigenden Kosten des Gesundheitssystems. Man wird aber das Gefühl nicht los, dass die eigentlichen Probleme der Psychiatrie im besonderen und des psychosozialen Versorgungssystems ganz allgemein in Wirklichkeit woanders liegen. Wichtigste Erkenntnis ist meiner Meinung nach dabei der Aspekt der Funktion von psychosozialer Versorgung innerhalb unserer Gesellschaft. Um diese thesenartigen Argumente zu erhärten und zu spezifizieren, wäre es nun nötig den hier postulierten Zusammenhängen zwischen Justizsystem, psychosozialem Versorgungssystem und Fürsorgesystem genauer nachzugehen. Was Lebensqualität in diesem Zusammenhang bedeutet, müsste ebenfalls definiert werden. Man müsste auch genauere empirische Information zur Funktion der psychosozialen Versorgung beschaffen (Aufenthaltsraten, Kosten von Behandlung etc.). Eine in diese Richtung weiterführende Untersuchung könnte für die entsprechenden Steuerungsorgane wichtige Aufschlüsse über das Zusammenwirken von verschiedenen sozialen Kontrollsystemen und den gesamtgesellschaftlichen Kosten und Nutzen von sozialer Kontrolle bringen.

9 Literaturverzeichnis

- Bertram, H. (1981): Sozialstruktur und Sozialisation: zur mikrosoziologischen Analyse von Chancenungleichheit. Luchterhand: Darmstadt, Neuwied.
- Bortz, J. (1989): Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler. 3. Auflage. Springer: Berlin, Heidelberg, New York.
- Cleary, P. D., McNeil, B. J. (1988): Patient Satisfaction as an Indicator of Quality Care. Inquiry Nr. 25 (1988) S. 25 – 36. Blue Cross and Blue Shield Association.
- Donabedian, A. (1966): "Evaluating the Quality of Medical Care". Milbank Memorial Fund Quarterly: Health and Society Nr. 44 S. 166. siehe auch Donabedian, A. (1982): The Criteria and Standards of Quality. Health Administration Press.
- Durkheim, E., (1938) König, R. (Hrsg.) (1980): Die Regeln der soziologischen Methode. Herausgegeben und eingeleitet von Réne König. Frankfurt a. Main: Suhrkamp.
- Fitzpatrick, R. (1990): Measurement of Patientsatisfaction. In: Hopkins, A. Constan, B. (Hrsg) Measuring of Outcomes of Medical Care. Royal College of Physicians: London.
- Gujarati, D. N. (1995): Basic Econometrics. Third Edition. McGraw-Hill, Inc.: New York.
- Hacking, I. (1999): Was heisst soziale Konstruktion? Zur Konjunktur einer Kampfvokabel in den Wissenschaften. S. 11 – 60. München.
- Hannöver, W., Dogs, C.P., Kordy, H. (2000): Patientenzufriedenheit – ein Mass für Behandlungserfolg. Psychotherapeut Nr. 45 2000 S. 292 – 300. Springer - Verlag.
- Hartmann, P. H. (1985): Die Messung sozialer Ungleichheit. Centaurus-Verlagsgesellschaft: Pfaffenweiler.
- Hirsig, R (1993): Methodische Grundlagen der Testpsychologie. Skriptum zur Lehrveranstaltung. Psychologisches Institut der Universität Zürich: Zürich.
- Inverarity, J. Gratted, R. (1989): Institutional responses to unemployment: a comparison of U.S. trends 1948 – 85. Contemporarian Crisis Nr. 13 1989 S. 351 – 370.
- Jones, N. F., Kahn, M. W. (1964): Patient attitudes as related to social class and other variables concerned with hospitalization. Journal of Consultative Psychology Nr. 28 1964, S. 403 – 408.
- Kruckenberg, P. (1992): Entwicklungslinien der Psychiatrie-Reform. In: Reimer, F. (Hrsg.) (1992): Qualitätsstandards in der Psychiatrie. Weissenhof Verlag Dr. Jens Kunow: Karlsruhe.
- Küttel, R. (1998): Patientenzufriedenheit: Wozu und wie messen. Zürich: Grundlagenpapier Patientenzufriedenheit. Bund der Spitäler für Qualitätssicherung.

- Liska, A. E. (1997): Modelling the Relationship between Macro Forms of social Control. Annual Revue of Sociological Psychiatry Nr. 23 1997 S. 39 – 61.
- McHorney C.A. et al. (1994): The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF36): III. Tests of Data Quality, Scaling Assumptions, and Reliability Across Diverse Patient Groups. Medical Care, 32(1994), S. 40-66.
- McMillan, J.R. (1987): Measuring Consumer Satisfaction to Improve Quality of Care. Health Progress Nr. 54 – 55 (1987) S. 76 –80.
- Modestin, J., Hanselmann, F., Ruesch, P., Grünwald, H., Meyer, P. C. (2003): Der Zürcher Fragebogen zur Patientenzufriedenheit in der Psychiatrie. Entwicklung und Charakteristika. Unveröffentlichter Artikel.
- Pascoe, G.C. (1983): Patient Satisfaction in Primary Health Care: A Literature Review and Analysis. Evaluation and Program Planning Nr. 6 (1983) S. 185 – 210.
- Shiple, K., Hilborn, B., Hansell, A., Tyrer, J., Tyrer, P. (2000): Patient satisfaction: a valid index of quality of care in a psychiatric service. Acta Psychiatr. Scand. Nr. 101 S. 330 – 333.
- Schelten, A. (1980): Grundlagen der Testbeurteilung und Testerstellung: Teststatistik und Testtheorie für Pädagogen und Ausbilder in der Praxis. Quelle und Meyer: Heidelberg.
- Schmidt, J., Lamprecht, F., Wittmann, W. W. (1989): Zufriedenheit mit der stationären Versorgung. Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen. In Psychother. Med. Psychol. Nr. 39 (1989) S. 248 – 255. Thieme Verlag: Stuttgart, New York.
- Spiessl, H., Cording, C., Klein, H.E. (1995): Erfassung der Patientenzufriedenheit in der Psychiatrie. Krankenhauspsychiatrie Nr. 6 1995 S. 156-159. F. Enke Verlag: Stuttgart.
- Spiessl, H., Krischker, S., Spindler, P., Cording, C., Klein, H.E. (1996): Patientenzufriedenheit im psychiatrischen Krankenhaus. Krankenhauspsychiatrie 7 (1996) S. 1 – 5. Enke Verlag: Stuttgart.
- Spiessl, H., Cording, C., Klein, H. E. (1997): Qualitätssicherung durch Patientenbefragungen. In: Zeitschrift ärztliche Fortbildung in der Qualitätssicherung 1997 91: S. 761 – 765. Gustav Fischer Verlag.
- Spiessl, H., Spiessl, A., Cording, C. (1999): Die ‚ideale‘ stationär-psychiatrische Behandlung aus Sicht der Patienten. Psychiatrische Praxis Nr. 26 (1999) S. 3 – 8.
- Strasser, H., Goldthorpe, J.H. (Hrsg.) (1985): die Analyse sozialer Ungleichheit. Kontinuität, Erneuerung, Innovation. Westdeutscher Verlag: Opladen.
- Strauss, A. L. (1998): Grundlagen qualitativer Sozialforschung. 2. Auflage. Alfred Krugmann: Freiberg am Neckar.

Swoboda, E., Kühnel, B., Waanders, R., König, P. (2000): Zufriedenheit der Patienten mit der psychiatrischen Versorgung im Krankenhaus. Ergebnisse einer Patientenbefragung. *Krankenhauspsychiatrie* 2000; 11: S. 13 - 20. Georg Thieme Verlag: Stuttgart, New York.

Danksagung

Ich möchte an dieser Stelle nochmals allen Beteiligten für Ihre Unterstützung danken. Zuerst danke ich PD Dr. Peter C. Meyer für sein Vertrauen, das er in meine Fähigkeiten zur Entwicklung und Validierung des Zürcher Fragebogens zur Beurteilung der Patientenzufriedenheit in der Psychiatrischen Klinik gesetzt hat. Ich danke ihm auch für die zahlreichen sachlichen Einwände und Anregungen, die immer sehr hilfreich und konstruktiv gewesen sind und seine Geduld, die er aufgebracht hat, das Resultat der Arbeit zu sehen. Dann danke ich Prof. J. Modestin, der mir sehr stark geholfen hat, meine manchmal etwas überschäumenden Ideen und Vorstellungen zu strukturieren. Ich danke ihm auch für seine tatkräftige Unterstützung während des ganzen Projekts, insbesondere für das von ihm verbesserte Modell der Patientenzufriedenheit für die Pilotuntersuchung. Dann danke ich Prof. V. Borschier für seine Anteilnahme und seine konstruktiven sachlichen Anregungen sowie die organisatorische Hilfe bei der Suche nach einem geeigneten Betreuer dieser Arbeit. Im weiteren danke ich Dr. Peter Ruesch für seine tatkräftige Unterstützung bei der Auswertung der Pilotuntersuchung sowie Dr. Thomas Volken für die interessanten Einwände und Anregungen beim Verfassen dieser Arbeit sowie seine tatkräftige Unterstützung während der Revision und Korrektur der Arbeit. Dann danke ich auch Tiziana Pelusi für die Endkorrektur der Arbeit und allen meinen Freunden für die Anteilnahme an meinem Projekt.

Anhang 1: Zürcher Fragebogen zur Beurteilung der Patientenzufriedenheit

Zürcher Fragebogen zur Patientenzufriedenheit in der psychiatrischen Klinik

Nicht auszufüllen:

Studie	0001
Erhebung-Nummer	03
Psychiatrische Klinik:	01
Laufnummer	<input type="text"/>

Beurteilung der Patientenzufriedenheit

Geschätzte Patientin, geschätzter Patient

Auf dieser und den folgenden Seiten finden Sie eine Anzahl von Fragen. Es ist ein Fragebogen, der dazu dient, Ihre Zufriedenheit mit dem Klinikaufenthalt zu erfassen. Bitte füllen Sie ihn aus. Kreuzen Sie bitte jeweils die Antwort an, die am ehesten auf Ihr Erleben beim Aufenthalt in der Psychiatrischen Klinik zutrifft. Die Umfrage ist absolut anonym. Ihre Angaben lassen keinen Rückschluss auf Ihre Person zu.

Auf der letzten Seite finden Sie eine offene Frage. Es wäre ebenfalls nützlich, von Ihnen ein Urteil darüber zu bekommen, ob Sie den Fragebogen als hilfreich empfinden oder um Ihre Probleme und Wünsche im Zusammenhang mit Ihrem Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik, anbringen zu können.

Legen Sie bitte den ausgefüllten Fragebogen in das beiliegende, adressierte Couvert, kleben Sie das Couvert zu und geben Sie es bitte dem Pflegepersonal oder beim Empfang ab.

Besten Dank für Ihre Mitarbeit

Anleitung:

Bitte Felder sauber und kräftig markieren!

richtig

falsch

- Sie erhalten zu jeder Frage vorgegebene Antwortmöglichkeiten. Bitte kreuzen Sie jeweils nur das Feld an, welches Ihre persönliche Einschätzung am besten beschreibt.
- Falls Sie eine Frage nicht betrifft, kreuzen Sie bitte das Feld „betrifft mich nicht“ ganz rechts an.
- Bitte beachten Sie auch, dass sich die „beste“ Antwort manchmal auf der linken, manchmal auf der rechten Seite der Antwortskala befindet.

Fortsetzung auf der nächsten Seite

◇

Zu Ihrer Person

Welcher Altersgruppe gehören Sie an? Ⓟ

- | | | | | |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> 10 – 19 Jahre | <input type="radio"/> 20 – 29 Jahre | <input type="radio"/> 30 – 39 Jahre | <input type="radio"/> 40 – 49 Jahre | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> 50 – 59 Jahre | <input type="radio"/> 60 – 69 Jahre | <input type="radio"/> 70 – 79 Jahre | <input type="radio"/> 80 – 89 Jahre | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> 90 Jahre und älter | | | | <input type="radio"/> |

Welches Geschlecht haben Sie? Weiblich Männlich Ⓟ Ⓟ

Wie sind Sie versichert? Allgemein Halbprivat Privat Ⓟ Ⓟ

Wie sind Sie eingetreten? Mit meiner Zustimmung Gegen meinen Willen
 1 2

Zum Eintritt

- | | | | | |
|---|---|--|---|---|
| 1. Wurden Sie beim Eintritt über alles Wichtige informiert? | Voll und ganz
<input type="radio"/> | Einigermaßen
<input type="radio"/> | Eher nicht
<input type="radio"/> | Gar nicht
<input type="radio"/> |
| 2. Wie wurden Sie bei der Ankunft auf der Station empfangen und betreut? | Sehr gut
<input type="radio"/> | Einigermaßen gut
<input type="radio"/> | Eher schlecht
<input type="radio"/> | Sehr schlecht
<input type="radio"/> |

Zum Aufenthalt

- | | | | | |
|---|--|--|---|---|
| 3. Hat Ihr Zimmer Ihren Ansprüchen genügt? | Ganz und gar nicht
<input type="radio"/> | Eher nicht
<input type="radio"/> | Einigermaßen
<input type="radio"/> | Vollkommen
<input type="radio"/> |
| 4. Wie fanden Sie die Qualität des Essens? | Sehr gut
<input type="radio"/> | Einigermaßen gut
<input type="radio"/> | Eher schlecht
<input type="radio"/> | Sehr schlecht
<input type="radio"/> |
| 5. Waren Sie über An- und Abwesenheiten des Sie betreuenden Personales immer informiert? | Gar nicht
<input type="radio"/> | Selten
<input type="radio"/> | Meistens
<input type="radio"/> | Immer
<input type="radio"/> |

Zur Behandlung

- | | | | | | |
|--|--|--|---|---|---|
| 6. Wie wurden Sie bei der Bestimmung der Behandlungsziele einbezogen? | Sehr gut
<input type="radio"/> | Einigermaßen gut
<input type="radio"/> | Eher schlecht
<input type="radio"/> | Sehr schlecht
<input type="radio"/> | |
| 7. Wie viel Einfluss konnten Sie bei der Auswahl der Therapien (Arbeits-, Bewegungs-, Ergo-, Musik-, Gestalt-, Physio-, Gesprächs-, Kunsttherapie u.ä.) nehmen? | Sehr wenig
<input type="radio"/> | Eher wenig
<input type="radio"/> | Genügend viel
<input type="radio"/> | Sehr viel
<input type="radio"/> | Hatte keine solche Therapie
<input type="radio"/> |

8. Wie wurden Sie von den Ärztinnen/Ärzten behandelt?	Sehr respektlos 1 0	Eher respektlos 2 0	Einigermaßen respektvoll 3 0	Sehr respektvoll 4 0		
9. Wie wurden Sie von den Pflegenden behandelt?	Sehr respektlos 1 0	Eher respektlos 2 0	Einigermaßen respektvoll 3 0	Sehr respektvoll 4 0		
10. Wie wurden Sie vom Personal der therapeutischen Dienste (Arbeits-, Bewegungs-, Ergo-, Musik-, Gestalt-, Physio-, Gesprächs-, Kunsttherapie u.ä.) behandelt?	Sehr respektlos 1 0	Eher respektlos 2 0	Einigermaßen respektvoll 3 0	Sehr respektvoll 4 0	Hatte keine solche Therapie 5 0 ☹	
11. Wie wurden Sie von Ihrem Arzt / Ihrer Ärztin fachlich betreut?	Sehr gut 1 0	Einigermaßen gut 2 0	Eher schlecht 3 0	Sehr schlecht 4 0		
12. Hatten Sie genügend Gespräche mit dem Arzt/ der Ärztin?	Sicher ja 1 0	Einigermaßen ja 2 0	Eher nicht 3 0	Gar nicht 4 0		
13. Wie wurden Sie über Wirkungen und Nebenwirkungen der Medikamente aufgeklärt?	Sehr schlecht 1 0	Eher schlecht 2 0	Einigermaßen gut 3 0	Sehr gut 4 0	Hatte keine Medikamente 5 0 ☹	
14. Wie wurden Ihre Angehörigen (Eltern, Freundin, nahe Bekannte) in die Behandlung einbezogen?	Zuviel 1 0	Eher zu viel 2 0	Genau richtig 3 0	Eher zu wenig 4 0	Viel zu wenig 5 0	Betrifft mich nicht 6 0
15. Wie würden Sie die Qualität der Behandlung, welche Sie erhalten haben, beurteilen?	Angezeichnet 1 0	Gut 2 0	Eher schlecht 3 0	Schlecht 4 0		
16. Haben Sie die Art von Behandlung erhalten, die Sie wollten?	Eindeutig nicht 1 0	Eigentlich nicht 2 0	Im Allgemeinen ja 3 0	Eindeutig ja 4 0		
17. Hat die Behandlung, die Sie hier erhielten, Ihnen dabei geholfen, angemessen mit Ihren Problemen umzugehen?	Ja, sie half sehr 1 0	Ja, sie half etwas 2 0	Nein, sie half eigentlich nicht 3 0	Nein, sie hat mir die Dinge schwerer gemacht 4 0		
18. Wie zufrieden sind Sie mit dem Ausmaß der Hilfe, welche Sie hier erhalten haben?	Ziemlich unzufrieden 1 0	Leicht unzufrieden 2 0	Weitgehend zufrieden 3 0	Sehr zufrieden 4 0		
19. Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung, die Sie erhalten haben, im Großen und Ganzen?	Sehr zufrieden 1 0	Weitgehend zufrieden 2 0	Leicht unzufrieden 3 0	Ziemlich unzufrieden 4 0		

Zum Austritt

20. Wie wurden Sie auf Ihre Entlassung vorbereitet?	Sehr gut 1 0	Ziemlich gut 2 0	Eher schlecht 3 0	Sehr schlecht 4 0	
21. War Ihre Nachbetreuung genügend gut organisiert?	Sehr gut 1 0	Ziemlich gut 2 0	Eher schlecht 3 0	Sehr schlecht 4 0	Betrifft mich nicht 5 0
22. Wie beurteilen Sie den Zeitpunkt der Entlassung?	Viel zu spät 1 0	Eher zu spät 2 0	Genaue richtig 3 0	Eher zu früh 4 0	Viel zu früh 5 0
23. In welchem Masse hat unsere Klinik Ihren Bedürfnissen entsprochen?	Voll und ganz 1 0	Wohlgehend 2 0	Eher nicht 3 0	Gar nicht 4 0	
24. Würden Sie wieder in unsere Klinik kommen, wenn Sie eine Hilfe benötigen?	Eindeutig ja 1 0	Eher ja 2 0	Eher nicht 3 0	Eindeutig nicht 4 0	
25. Würden Sie einem Freund/einer Freundin unsere Klinik empfehlen, wenn er/sie eine ähnliche Hilfe benötigen würde?	Eindeutig nicht 1 0	Eher nicht 2 0	Eher ja 3 0	Eindeutig ja 4 0	

Haben Sie sonst noch Anmerkungen zum Fragebogen oder zu Ihrem Aufenthalt?

Ja, nämlich.....

Legen Sie bitte den ausgefüllten Fragebogen in das beiliegende, adressierte Couvert, kleben Sie das Couvert zu und geben Sie es dem Pflegepersonal oder beim Empfang ab.

Besten Dank für Ihre Mitarbeit.

Anhang 2: Münsterlinger Fragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihr Wohlgehen und Ihre Zufriedenheit liegen uns am Herzen und interessieren uns. Um unsere
Betreuungsleistungen besser zu verstehen und zu verbessern, bitten wir Sie, diesen Fragebogen
zu beantworten. Die Antworten werden ausschließlich für die statistische Auswertung
des Fragebogens verwendet und sind nicht an Dritte weiterzugeben. Ihre Angaben sind
vollständig anonymisiert. Sollten Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an die
Fachambulanz.

Das Ausfüllen des Fragebogens ist freiwillig. Da jedoch nur eine hohe Beantwortungsrate aussage-
kräftige Ergebnisse liefern kann, bitten wir Sie, an der Erhebung teilzunehmen.

Bitte beantworten Sie alle Fragen und senden Sie den vollständig ausgefüllten Bogen möglichst
rechtzeitig zurück. Ein adressierter und frankierter Rückumschlag für Ihre Antwort liegt bei.

Sollten beim Ausfüllen des Fragebogens Schwierigkeiten auftreten, so bitten Sie eine Person Ihres
Vertrauens, Sie dabei zu unterstützen.

WIE SOLL DER FRAGEBOGEN AUSGEFÜLLT WERDEN?

Im Folgenden finden Sie Aussagen zu den verschiedenen Abschnitten, Situationen und Bereichen
Ihres Klinikaufenthaltes.

Eine Aussage kann Ihren Erfahrungen entsprechen, sie kann Ihren Erfahrungen aber auch wider-
sprechen.

	nicht überhaupt nicht zu	nicht überhaupt gar zu
Trifft eine Aussage ganz genau auf Sie zu, so kreuzen Sie bitte das rechte äußere Kästchen an.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Trifft eine Aussage überwiegend oder weniger auf Sie zu, so machen Sie Ihr Kreuz in das Kästchen, welches am ehesten Ihrer Meinung entspricht. In diesem Beispiel würde die Aussage also weniger auf Sie zutreffen.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Sie einer Aussage überhaupt nicht zustimmen (die Aus- sage also überhaupt nicht auf Ihre Erfahrung zutrifft), kreuzen Sie bitte das äußere linke Kästchen an.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aufnahme/Eintritt

	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft voll und ganz zu
λ Ich konnte im Aufnahmegespräch meine Situation ausreichend darlegen.	0 1 2 3 4 5 6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
λ In der ersten Stunde auf der Station fühlte ich mich schlecht empfangen und betreut.	<input type="checkbox"/>	
λ Nach dem Eintritt wurde mir das weitere Vorgehen erklärt.	<input type="checkbox"/>	

Aufenthalt

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die letzte Station Ihres Aufenthaltes

	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft voll und ganz zu
λ Die Besuchszeiten waren für meine Begriffe zu kurz.	<input type="checkbox"/>	
λ Das Wesen meiner Krankheit wurde mir erklärt.	<input type="checkbox"/>	
λ Ich war über die An- und Abwesenheit der mir wichtigen StationsmitarbeiterInnen/meiner Bezugsperson nicht genügend informiert.	<input type="checkbox"/>	
λ Von meiner Bezugsperson wurde ich gut betreut.	<input type="checkbox"/>	
λ Ich hatte genügend Gelegenheit, mich zurückzuziehen.	<input type="checkbox"/>	
λ Ich wurde mit vielen unbeantworteten Fragen über meinen Zustand allein gelassen.	<input type="checkbox"/>	
λ Bei der Therapieplanung konnte ich genügend Einfluss nehmen.	<input type="checkbox"/>	
λ Der jeweilige Tagesablauf auf der Station war mir nicht klar.	<input type="checkbox"/>	
λ Die Essenszeiten entsprachen meinen Bedürfnissen.	<input type="checkbox"/>	
λ Bei der Auswahl meiner Therapien konnte ich nicht genügend Einfluss nehmen.	<input type="checkbox"/>	
λ Ich wusste nicht, an wen ich mich hätte wenden können, um mich zu beschweren.	<input type="checkbox"/>	
λ Meine Bewegungsfreiheit wurde unnötig eingeschränkt.	<input type="checkbox"/>	
λ Die Wirkungen der Medikamente und mögliche Nebenwirkungen wurden mir unzureichend erklärt.	<input type="checkbox"/>	
λ Ich wurde bei der Wahl der Medikamente miteinbezogen.	<input type="checkbox"/>	
λ Die Mitpatienten/Mitpatientinnen auf meiner Station haben mich gestört.	<input type="checkbox"/>	
λ Ich fühlte mich vom Klinikpersonal immer respektvoll behandelt.	<input type="checkbox"/>	

	überhaupt nicht hilfreich	sehr hilfreich	Ich hatte keinen Kontakt
λ Wie hilfreich empfanden Sie die Zusammenarbeit mit... ?			
* Ihrer/Ihrem Ärztin/Arzt, Psychologin/Psychologen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
* Ihrer Bezugsperson	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
* dem/der Sozialarbeiter/in	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
* Ihren weiteren Therapeuten (Bewegungs-, Gestaltungs-, Musik- und/oder Physiotherapie)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

	Trifft überhaupt nicht zu	0	1	2	3	4	5	6	Trifft voll und ganz zu	Ich hatte keinen Kontakt
λ Ich hatte genügend Gelegenheit zum Gespräch mit ...										
* meiner/meinem Ärztin/Arzt, Psychologin/Psychologen										<input type="checkbox"/>
* meiner Bezugsperson										<input type="checkbox"/>
* meiner/m Sozialarbeiter/in										<input type="checkbox"/>
* weiteren Therapeuten (Bewegungs-, Gestaltungs-, Musik- und/oder Physiotherapie)										<input type="checkbox"/>
λ Ich fühlte mich mit meinen körperlichen Beschwerden medizinisch gut betreut.										
λ Meine Meinung bei der Dosierung meiner Medikamente wurde <i>nicht</i> berücksichtigt.										
λ Die Verpflegung war zu meiner vollen Zufriedenheit.										
λ Von meiner Bezugsperson wurde ich nicht gut betreut.										
λ Ich traute mich nicht, meinem Therapeuten/meiner Therapeutin Fragen zu stellen.										
λ Die Behandlung hat mir dabei geholfen, besser mit meinen Problemen umzugehen.										
		sehr schlecht							sehr gut	
λ Wie bewerten Sie die Cafeteria?										
λ Wie bewerten Sie die Hausordnung auf Ihrer Station?										
λ Wie bewerten Sie die Atmosphäre in der Klinik?										

Austritt

	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft voll und ganz zu
λ Die Zusammenarbeit zwischen meinen Angehörigen und dem betreuenden Personal entsprach meinen Bedürfnissen. θ Ich habe keine Angehörigen bzw. Partner/Partnerin.		
λ Meine Nachbetreuung war nicht genügend organisiert.		
λ Wie fanden Sie die Vorbereitung auf Ihre Entlassung? (z.B. rechtzeitige Mitteilung des Entlassungstermins/ Aus- führliches Abschlussgespräch/ Empfehlungen für die Zeit nach der Entlassung)	sehr schlecht	sehr gut

Gesamturteil

- λ Wenn Sie nun an Ihren Aufenthalt in der Klinik zurückdenken: Was fanden Sie besonders gut/positiv?

- λ Was hat Sie an der Klinik gestört?

- λ Haben Sie Verbesserungsvorschläge?

☞ Ich war insgesamt mit dem Aufenthalt in der Klinik...

zufrieden unzufrieden

Trifft überhaupt nicht zu Trifft voll und ganz zu

0 1 2 3 4 5 6

☞ Ich würde diese Klinik weiterempfehlen. □ □ □ □ □ □ □ □

Die Beantwortung der folgenden Fragen ist Ihnen freigestellt:

☞ Mein Geschlecht: weiblich männlich

☞ Mein Alter:

- bis 20 Jahre
- 21 bis 30 Jahre
- 31 bis 40 Jahre
- 41 bis 50 Jahre
- 51 bis 60 Jahre
- 61 bis 70 Jahre
- über 70 Jahre

☞ Wie oft waren Sie schon in unserer Klinik (mit dem letzten Aufenthalt)?

- 1 bis 2 Mal
- 3 bis 5 Mal
- mehr als 6 Mal

☞ Ich war zuletzt auf der Station _____

Bitte überprüfen Sie noch einmal, ob Sie alle Fragen beantwortet haben.

Vielen Dank für Ihre wertvolle Mitarbeit!

Hier ist Raum für Ihre Anmerkungen, Kritik, Lob, Erfahrungen und Probleme etc.

Anhang 3 Repräsentativität in der ersten Erhebung nach Kliniken

**Tabelle 35: Repräsentativität der Untersuchung in der ersten Erhebung Psychiatrische Uni-
versitätsklinik**

PUK	Grundgesamtheit		Stichprobe		erwartet	Chiq. n. Pearson	df	P-Wert
	beobachtet	Prozent	beobachtet	Prozent				
Geschlecht	365	100,0%	96	100,0%	96,000			
männlich	205	56,2%	46	47,9%	53,918			
weiblich	160	43,8%	50	52,1%	42,082			
Abweichung Stichprobe von Grundgesamtheit						2,654	1	0,103
Alterskategorie	365	100,0%	96	100,0%	96,000			
10 - 19 Jahre	14	3,8%	5	5,2%	3,682			
20 - 29 Jahre	56	15,3%	18	18,8%	14,729			
30 - 39 Jahre	122	33,4%	29	30,2%	32,088			
40 - 49 Jahre	90	24,7%	19	19,8%	23,671			
50 - 59 Jahre	43	11,8%	16	16,7%	11,310			
60 - 69 Jahre	16	4,4%	4	4,2%	4,208			
70 +Jahre	24	6,6%	5	5,2%	6,312			
Abweichung Stichprobe von Grundgesamtheit						4,646	6	0,59
Versicherungsklasse	365	100,0%	95	100,0%	95,000			
Allgemein	334	91,5%	81	85,3%	86,932			
Halbprivat	20	5,5%	5	5,3%	5,205			
Privat	11	3,0%	9	9,5%	2,863			
Abweichung Stichprobe von Grundgesamtheit						13,595	2	0,001
Eintrittsart			95	100,0%				
freiwillig			63	64,9%				
Gegen meinen Willen			32	33,0%				
Abweichung Stichprobe von Grundgesamtheit						-	-	-

Tabelle 36: Repräsentativität der Untersuchung in der ersten Erhebung in der Klinik Kilchberg

Kilchberg	Grundgesamtheit		Stichprobe			Chiq. n. Pearson	df	P-Wert
	beobachtet	Prozent	beobachtet	Prozent	erwartet			
Geschlecht	71	100,0%	45	100,0%	45,000	1,373	1	0,241
männlich	33	46,5%	17	37,8%	20,915			
weiblich	38	53,5%	28	62,2%	24,085			
Abweichung Stichprobe von Grundgesamtheit								
Alterskategorie	71	100,0%	45	100,0%	45,000	9,894	6	0,129
10 - 19 Jahre	1	1,4%	2	4,4%	0,634			
20 - 29 Jahre	11	15,5%	9	20,0%	6,972			
30 - 39 Jahre	15	21,1%	10	22,2%	9,507			
40 - 49 Jahre	11	15,5%	2	4,4%	6,972			
50 - 59 Jahre	20	28,2%	17	37,8%	12,676			
60 - 69 Jahre	8	11,3%	3	6,7%	5,070			
70 + Jahre	5	7,0%	2	4,4%	3,169			
Abweichung Stichprobe von Grundgesamtheit								
Versicherungsklasse	71	100,0%	45	100,0%	45,000	3,094	2	0,213
Allgemein	37	52,1%	21	46,7%	23,451			
Halbprivat	16	22,5%	15	33,3%	10,141			
Privat	18	25,4%	9	20,0%	11,408			
Abweichung Stichprobe von Grundgesamtheit								
Eintrittsart	71	100,0%	44	100,0%	44,000	4,544	1	0,033
freiwillig	53	74,6%	39	88,6%	32,845			
Gegen meinen Willen	18	25,4%	5	11,4%	11,155			
Abweichung Stichprobe von Grundgesamtheit								

Tabelle 37: Repräsentativität der Untersuchung in der ersten Erhebung in der Klinik Hard

Hard	Grundgesamtheit		Stichprobe			Chiq. n. Pearson	df	P-Wert
	beobachtet	Prozent	beobachtet	Prozent	erwartet			
Geschlecht	235	100,0%	65	100,0%	65,000	0,787	1	0,375
männlich	125	53,2%	31	50,7%	34,574			
weiblich	110	46,8%	34	46,3%	30,426			
Abweichung Stichprobe von Grundgesamtheit								
Alterskategorie	235	100,0%	64	100,0%	64,000	18,681	6	0,005
10 - 19 Jahre	14	6,0%	6	9,4%	3,813			
20 - 29 Jahre	49	20,9%	10	15,6%	13,345			
30 - 39 Jahre	57	24,3%	15	23,4%	15,523			
40 - 49 Jahre	47	20,0%	20	31,3%	12,800			
50 - 59 Jahre	20	8,5%	7	10,9%	5,447			
60 - 69 Jahre	10	4,3%	6	9,4%	2,723			
70 - 79 Jahre	38	16,2%	0	0,0%	10,349			
Abweichung Stichprobe von Grundgesamtheit								
Versicherungsklasse	234	100,0%	63	100,0%	63,000	22,892	2	0,000
Allgemein	226	96,6%	54	85,7%	60,846			
Halbprivat	4	1,7%	5	7,9%	1,077			
Privat	4	1,7%	4	6,3%	1,077			
Abweichung Stichprobe von Grundgesamtheit								
Eintrittsart			64	100,0%		-	-	-
freiwillig			47	73,4%				
Gegen meinen Willen			17	26,6%				
Abweichung Stichprobe von Grundgesamtheit								

Tabelle 38: Repräsentativität der Untersuchung in der ersten Erhebung in der Klinik

Schlössli

Schlössli	Grundgesamtheit		Stichprobe		erwartet	Chiq. n. Pearson	df	P-Wert
	beobachtet	Prozent	beobachtet	Prozent				
Geschlecht	203	100%	40	100,0%	40,000	3,116	2	0,078
männlich	114	56%	28	70,0%	22,463			
weiblich	89	44%	12	30,0%	17,537			
Abweichung Stichprobe von Grundgesamtheit								
Alterskategorie	203	100%	40	100,0%	40,000	3,729	6	0,713
10 - 19 Jahre	13	6%	1	2,5%	2,562			
20 - 29 Jahre	46	23%	13	32,5%	9,064			
30 - 39 Jahre	50	25%	9	22,5%	9,852			
40 - 49 Jahre	34	17%	7	17,5%	6,700			
50 - 59 Jahre	20	10%	2	5,0%	3,941			
60 - 69 Jahre	14	7%	3	7,5%	2,759			
70 + Jahre	26	13%	5	12,5%	5,123			
Abweichung Stichprobe von Grundgesamtheit								
Versicherungsklasse	203	100%	39	100,0%	39,000	10,657	2	0,005
Allgemein	184	91%	30	76,9%	35,350			
Halbprivat	12	6%	7	17,9%	2,305			
Privat	7	3%	2	5,1%	1,345			
Abweichung Stichprobe von Grundgesamtheit								
Eintrittsart			39	100,0%		-	-	-
freiwillig			24	61,5%				
Gegen meinen Willen			15	38,5%				
Abweichung Stichprobe von Grundgesamtheit								

Tabelle 39: Repräsentativität der Untersuchung in der ersten Erhebung in der Klinik Hoheneegg

Hoheneegg	Grundgesamtheit		Stichprobe		erwartet	Chiq. n. Pearson	df	P-Wert
	beobachtet	Prozent	beobachtet	Prozent				
Geschlecht	87	100%	41	100,0%	41,000	4,445	1	0,035
männlich	33	38%	9	22,0%	15,552			
weiblich	54	62%	32	78,0%	25,448			
Abweichung Stichprobe von Grundgesamtheit								
Alterskategorie	87	100%	40	100,0%	40,000	7,041	6	0,317
10 - 19 Jahre	3	3%	1	2,4%	1,379			
20 - 29 Jahre	19	22%	15	36,6%	8,736			
30 - 39 Jahre	22	25%	8	19,5%	10,115			
40 - 49 Jahre	18	21%	9	22,0%	8,276			
50 - 59 Jahre	12	14%	3	7,3%	5,517			
60 - 69 Jahre	8	9%	2	4,9%	3,678			
70 + Jahre	5	6%	2	4,9%	2,299			
Abweichung Stichprobe von Grundgesamtheit								
Versicherungsklasse	87	100%	41	100,0%	41,000	6,696	2	0,035
Allgemein	74	85%	30	73,2%	34,874			
Halbprivat	8	9%	5	12,2%	3,770			
Privat	5	6%	6	14,6%	2,356			
Abweichung Stichprobe von Grundgesamtheit								
Eintrittsart	87	100%	41	100,0%	41,000	1,823	1	0,177
freiwillig	80	92%	41	100,0%	37,701			
Gegen meinen Willen	7	8%	0	0,0%	3,299			
Abweichung Stichprobe von Grundgesamtheit								

Anhang 4: Repräsentativität in der zweiten Erhebung nach Kliniken

Tabelle 40: Repräsentativität der Untersuchung in der zweiten Erhebung in der psychiatrischen Universitätsklinik

PUK	Grundgesamtheit		Stichprobe			Chi ² .n.		
	beobachtet	Prozent	beobachtet	Prozent	erwartet	Pearson	df	P-Wert
Geschlecht	365	100,0%	30	100,0%	29,00	3,19	1	0,074
männlich	205	56,2%	12	40,0%	16,85			
weiblich	160	43,8%	18	60,0%	13,15			
Abweichung Stichprobe von Grundgesamtheit								
Alterskategorie	365	100,0%	30	100,0%	30,00	7,06	6	0,315
10 - 19 Jahre	14	3,8%	1	3,3%	1,15			
20 - 29 Jahre	56	15,3%	9	30,0%	4,60			
30 - 39 Jahre	122	33,4%	9	30,0%	10,03			
40 - 49 Jahre	90	24,7%	4	13,3%	7,40			
50 - 59 Jahre	43	11,8%	5	16,7%	3,53			
60 - 69 Jahre	16	4,4%	1	3,3%	1,32			
70 + Jahre	24	6,6%	1	3,3%	1,97			
Abweichung Stichprobe von Grundgesamtheit								
Versicherungsklasse	365	100,0%	29	100,0%	29,00	5,23	2	0,073
Allgemein	334	91,5%	26	76,7%	26,54			
Halbprivat	20	5,5%	1	10,0%	1,59			
Privat	11	3,0%	3	10,0%	0,87			
Abweichung Stichprobe von Grundgesamtheit								
Eintrittsart			30	100,0%		-	-	-
freiwillig			25	80,0%				
Gegen meinen Willen			5	17,2%				
Abweichung Stichprobe von Grundgesamtheit								

Tabelle 41 Repräsentativität der Untersuchung in der zweiten Erhebung in der Klinik Kilchberg

Kilchberg	Grundgesamtheit		Stichprobe		erwartet	Chiq.n.		
	beobachtet	Prozent	beobachtet	Prozent		Pearson	df	P-Wert
Geschlecht	71	100,0%	27	100,0%	27,00	0,99	1	0,325
männlich	33	46,5%	10	37,0%	12,55			
weiblich	38	53,5%	17	63,0%	14,45			
Abweichung Stichprobe von Grundgesamtheit								
Alterskategorie	71	100,0%	27	100,0%	27,00	2,83	6	0,727
10 - 19 Jahre	1	1,4%	0	0,0%	0,38			
20 - 29 Jahre	11	15,5%	5	22,2%	4,18			
30 - 39 Jahre	15	21,1%	5	14,8%	5,70			
40 - 49 Jahre	11	15,5%	3	11,1%	4,18			
50 - 59 Jahre	20	28,2%	11	37,0%	7,61			
60 - 69 Jahre	8	11,3%	2	11,1%	3,04			
70 + Jahre	5	7,0%	1	3,7%	1,90			
Abweichung Stichprobe von Grundgesamtheit								
Versicherungsklasse	71	100,0%	27	100,0%	27,00	6,79	2	0,033
Allgemein	37	52,1%	9	33,3%	14,07			
Halbprivat	16	22,5%	10	37,0%	6,08			
Privat	18	25,4%	8	29,6%	6,85			
Abweichung Stichprobe von Grundgesamtheit								
Eintrittsart	71	100,0%	27	100,0%	27,00	2,90	1	0,089
freiwillig	53	74,6%	24	88,9%	20,15			
Gegen meinen Willen	18	25,4%	3	11,1%	6,85			
Abweichung Stichprobe von Grundgesamtheit								

Tabelle 42: Repräsentativität der Untersuchung in der zweiten Erhebung in der Klinik Hard

Hard	Grundgesamtheit		Stichprobe		erwartet	Chiq.n.		
	beobachtet	Prozent	beobachtet	Prozent		Pearson	df	P-Wert
Geschlecht	235	100,0%	20	100,0%	20,00	2,66	1	0,103
männlich	125	53,2%	7	40,0%	10,64			
weiblich	110	46,8%	13	60,0%	9,36			
Abweichung Stichprobe von Grundgesamtheit								
Alterskategorie	235	100,0%	20	100,0%	20,00	-	6	-
10 - 19 Jahre	14	6,0%	1	5,0%	1,19			
20 - 29 Jahre	49	20,9%	3	15,0%	4,17			
30 - 39 Jahre	57	24,3%	6	25,0%	4,85			
40 - 49 Jahre	47	20,0%	4	25,0%	4,00			
50 - 59 Jahre	20	8,5%	3	15,0%	1,70			
60 - 69 Jahre	10	4,3%	3	15,0%	0,85			
70 + Jahre	38	16,2%	0	0,0%	3,23			
Abweichung Stichprobe von Grundgesamtheit								
Versicherungsklasse	234	100,0%	20	100,0%	20,00	-	2	-
Allgemein	226	96,6%	19	95,0%	19,32			
Halbprivat	4	1,7%	0	0,0%	0,34			
Privat	4	1,7%	1	5,0%	0,34			
Abweichung Stichprobe von Grundgesamtheit								
Eintrittsart			20	100,0%		-	-	-
freiwillig			11	55,0%				
Gegen meinen Willen			9	45,0%				
Abweichung Stichprobe von Grundgesamtheit								

Tabelle 43: Repräsentativität der Untersuchung in der zweiten Erhebung in der Klinik

Schlössli

Schlössli	Grundgesamtheit		Stichprobe		erwartet	Chi.q.n.		
	beobachtet	Prozent	beobachtet	Prozent		Pearson	df	P-Wert
Geschlecht	203	100%	15	100,0%	15,00	0,68	1	0,411
männlich	114	56%	10	66,7%	8,42			
weiblich	89	44%	5	26,7%	6,58			
Abweichung Stichprobe von Grundgesamtheit								
Alterskategorie	203	100%	15	100,0%	15,00	1,50	6	0,913
10 - 19 Jahre	13	6%	0	0,0%	0,96			
20 - 29 Jahre	46	23%	2	13,3%	3,40			
30 - 39 Jahre	50	25%	4	26,7%	3,69			
40 - 49 Jahre	34	17%	4	20,0%	2,51			
50 - 59 Jahre	20	10%	2	20,0%	1,48			
60 - 69 Jahre	14	7%	1	6,7%	1,03			
70 + Jahre	26	13%	2	6,7%	1,92			
Abweichung Stichprobe von Grundgesamtheit								
Versicherungsklasse	203	100%	14	100,0%	14,00	7,03	2	0,030
Allgemein	184	91%	10	66,7%	12,69			
Halbprivat	12	6%	2	20,0%	0,83			
Privat	7	3%	2	13,3%	0,48			
Abweichung Stichprobe von Grundgesamtheit								
Eintrittsart			15	100,0%		-	-	-
freiwillig			9	66,7%				
Gegen meinen Willen			5	33,3%				
Abweichung Stichprobe von Grundgesamtheit								

Tabelle 44: Repräsentativität der Untersuchung in der zweiten Erhebung in der Klinik Hoheneegg

Hoheneegg	Grundgesamtheit		Stichprobe		erwartet	Chi.q.n.		
	beobachtet	Prozent	beobachtet	Prozent		Pearson	df	P-Wert
Geschlecht	87	100,0%	18	100,0%	18,00	3,46	1	0,063
männlich	33	37,9%	3	16,7%	6,83			
weiblich	54	62,1%	15	83,3%	11,17			
Abweichung Stichprobe von Grundgesamtheit								
Alterskategorie	87	100,0%	18	100,0%	18,00	-	6	-
10 - 19 Jahre	3	3,4%	1	5,6%	0,62			
20 - 29 Jahre	19	21,8%	6	33,3%	3,93			
30 - 39 Jahre	22	25,3%	4	22,2%	4,55			
40 - 49 Jahre	18	20,7%	5	27,8%	3,72			
50 - 59 Jahre	17	19,5%	1	5,6%	3,52			
60 - 69 Jahre	8	9,2%	1	5,6%	1,66			
70 + Jahre	0	0,0%	0	0,0%	0,00			
Abweichung Stichprobe von Grundgesamtheit								
Versicherungsklasse	87	100,0%	18	100,0%	18,00	16,59	2	0,000
Allgemein	74	85,1%	11	61,1%	15,31			
Halbprivat	8	9,2%	2	11,1%	1,66			
Privat	5	5,7%	5	27,8%	1,03			
Abweichung Stichprobe von Grundgesamtheit								
Eintrittsart	87	100,0%	18	100,0%	18,00	0,15	1	0,697
freiwillig	80	92,0%	17	94,4%	16,55			
Gegen meinen Willen	7	8,0%	1	5,6%	1,45			
Abweichung Stichprobe von Grundgesamtheit								

Anhang 5: Gruppenunterschiede in der zweiten Erhebung

Es wurde darauf verzichtet, die Zufriedenheitsunterschiede nochmals detailliert darzustellen. Man hat sich mit einer übersichtsmässigen Zusammenfassung zufrieden gegeben.

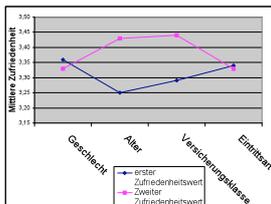


Abbildung 21: Zufriedenheitsunterschiede bezüglich Geschlecht, Alter, Versicherungsart und Eintrittsart in der zweiten Erhebung.

Interessanterweise sind in der zweiten Erhebung Männer zufriedener als Frauen und zwangseingewiesene PatientInnen zufriedener als freiwillig eingetretene. Ältere PatientInnen aber wiederum zufriedener als jüngere, Halbprivat-, bzw. Privatversicherte PatientInnen zufriedener als allgemeinversicherte PatientInnen.

Multivariate Analyse von Zufriedenheitsunterschieden in der zweiten Erhebung

Die Zufriedenheitsunterschiede verschiedener Patientenmerkmale Geschlecht, Alter, Versicherungsart, Eintrittsart zusammengenommen. Als Modell wurde wiederum eine lineare Regression verwendet. Als abhängige Variable wurde wiederum der erste Faktor, welcher für die Zufriedenheit mit der Behandlung steht, verwendet.

Tabelle 45: Signifikanz der Zufriedenheitsunterschiede in Bezug auf die Behandlung mit den unabhängigen Variablen Geschlecht, Alter, Versicherungsklasse, Eintrittsart in der ersten Erhebung

ANOVA^a

Modell		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
1	Regression	4,777	4	1,194	1,192	,319 ^a
	Residuen	101,200	101	1,002		
	Gesamt	105,977	105			

a. Einflussvariablen : (Konstante), freiwillig/unfreiwillig, GESCHL, 2Versicherungskat, 2 Alterskat

b. Abhängige Variable: REGR factor score 1 for analysis 2

Insgesamt ergeben sich aus diesem Test keine signifikanten Zufriedenheitsunterschiede. Betrachtet man die einzelnen Koeffizienten, ergibt sich das Bild in Tabelle 42.

Tabelle 46: Signifikanz der Zufriedenheitsunterschiede in Bezug auf die Behandlung mit den unabhängigen Variablen Geschlecht, Alter, Versicherungsklasse, Eintrittsart in der ersten Erhebung nach den einzelnen Koeffizienten

Koeffizienten^a

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Signifikanz	Kollinearitätsstatistik	
		B	Standardfehler	Beta			Toleranz	VIF
1	(Konstante)	-1,029	,538		-1,913	,059		
	GESCHL	,147	,200	,072	,735	,464	,993	1,007
	2 Alterskat	,297	,205	,149	1,450	,150	,900	1,111
	2Versicherungskat	,198	,221	,092	,897	,372	,906	1,103
	freiwillig/unfreiwillig	9,863E-02	,251	,041	,393	,695	,885	1,130

a. Abhängige Variable: REGR factor score 1 for analysis 2

In der zweiten Erhebung gibt es bei den Zufriedenheitsunterschieden mit der Behandlung keine Koeffizienten mehr die auf signifikante Unterschiede hinweisen.

Anhang 6: Klinikunterschiede

Tabelle 47: Zufriedenheitsunterschiede bezüglich Behandlung in der ersten Erhebung

Deskriptive Statistik

BEH1

	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler	95%-Konfidenzintervall für den Mittelwert		Minimum	Maximum
					Untergrenze	Obergrenze		
PUK	93	3,2339	,5702	5,913E-02	3,1164	3,3513	1,00	4,00
Hard	64	3,3242	,3745	4,681E-02	3,2307	3,4178	2,38	4,00
Schlössli	36	3,4549	,4413	7,356E-02	3,3055	3,6042	2,00	4,00
Hohenegg	40	3,3094	,5235	8,277E-02	3,1420	3,4768	1,75	4,00
Kilchberg	44	3,3722	,4650	7,010E-02	3,2308	3,5135	2,13	4,00
Gesamt	277	3,3163	,4928	2,961E-02	3,2581	3,3746	1,00	4,00

Tabelle 48: Test auf Signifikanz der Abweichungen bezüglich Behandlung in der ersten Erhebung

ANOVA

BEH1

	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Zwischen den Gruppen	1,466	4	,367	1,521	,196
Innerhalb der Gruppen	65,549	272	,241		
Gesamt	67,015	276			

Tabelle 49: Zufriedenheitsunterschiede bezüglich Betreuung in der ersten Erhebung

Deskriptive Statistik

BETR1

	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler	95%-Konfidenzintervall für den Mittelwert		Minimum	Maximum
					Untergrenze	Obergrenze		
PUK	92	3,2799	,5882	6,132E-02	3,1581	3,4017	1,25	4,00
Hard	64	3,4258	,4536	5,669E-02	3,3125	3,5391	2,25	4,00
Schlössli	36	3,5000	,4472	7,454E-02	3,3487	3,6513	2,25	4,00
Hohenegg	41	3,3659	,5423	8,469E-02	3,1947	3,5370	1,75	4,00
Kilchberg	43	3,5116	,5316	8,107E-02	3,3480	3,6752	2,25	4,00
Gesamt	276	3,3913	,5304	3,193E-02	3,3285	3,4542	1,25	4,00

Tabelle 50: Test auf Signifikanz der Abweichungen bezüglich Betreuung in der ersten Erhebung

ANOVA

BETR1

	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Zwischen den Gruppen	2,292	4	,573	2,069	,085
Innerhalb der Gruppen	75,072	271	,277		
Gesamt	77,364	275			

Tabelle 51: Zufriedenheitsunterschiede bezüglich Behandlung in der zweiten Erhebung

Deskriptive Statistik

BEH2

	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler	95%-Konfidenzintervall für den Mittelwert		Minimum	Maximum
					Untergrenze	Obergrenze		
PUK	30	3,2556	,4831	8,821E-02	3,0752	3,4360	2,33	4,00
Hard	20	3,2222	,5359	,1198	2,9714	3,4730	1,89	4,00
Schlössli	15	3,6000	,4002	,1033	3,3784	3,8216	2,89	4,00
Hohenegg	18	3,4815	,6038	,1423	3,1812	3,7817	1,67	4,00
Kilchberg	25	3,4044	,4278	8,556E-02	3,2279	3,5810	2,67	4,00
Gesamt	108	3,3693	,5017	4,828E-02	3,2736	3,4650	1,67	4,00

Tabelle 52: Test auf Signifikanz der Abweichungen bezüglich Behandlung in der zweiten Erhebung

ANOVA

BEH2

	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Zwischen den Gruppen	1,877	4	,469	1,928	,111
Innerhalb der Gruppen	25,058	103	,243		
Gesamt	26,934	107			

Tabelle 53: Zufriedenheitsunterschiede bezüglich Betreuung in der zweiten Erhebung

Deskriptive Statistik

BETR2

	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler	95%-Konfidenzintervall für den Mittelwert		Minimum	Maximum
					Untergrenze	Obergrenze		
PUK	30	3,2600	,4987	9,105E-02	3,0738	3,4462	2,20	4,00
Hard	20	2,9600	,6793	,1519	2,6421	3,2779	1,20	4,00
Schlössli	15	3,2400	,5026	,1298	2,9617	3,5183	2,20	4,00
Hohenegg	18	3,6556	,3203	7,550E-02	3,4963	3,8149	3,00	4,00
Kilchberg	25	3,3200	,4726	9,452E-02	3,1249	3,5151	2,20	4,00
Gesamt	108	3,2815	,5407	5,203E-02	3,1783	3,3846	1,20	4,00

Tabelle 54: Test auf Signifikanz der Abweichungen bezüglich Betreuung in der zweiten Erhebung

ANOVA

BETR2

	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Zwischen den Gruppen	4,663	4	1,166	4,510	,002
Innerhalb der Gruppen	26,620	103	,258		
Gesamt	31,283	107			

Der Zufriedenheitsunterschied zwischen den Kliniken bezüglich des Faktors Betreuung ist in der zweiten Erhebung signifikant auf dem 1-% Niveau.

Strukturelle Zufriedenheitsunterschiede zwischen den Kliniken

Tabelle 55: strukturelle Zufriedenheitsunterschiede zwischen den Kliniken bezüglich des Faktors Behandlung in der ersten Erhebung

Koeffizienten^a

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Signifikanz	Kollinearitätsstatistik	
		B	Standardfehler	Beta			Toleranz	VIF
1	(Konstante)	4,259E-02	,124		,344	,731		
	PUK	-,195	,162	-,092	-1,207	,229	,621	1,610
	SCHLSSLI	,238	,207	,080	1,148	,252	,740	1,351
	HOHEGG	-6,07E-02	,201	-,021	-,303	,762	,724	1,381
	KILCHBG	1,253E-03	,196	,000	,006	,995	,713	1,403

a. Abhängige Variable: REGR factor score 1 for analysis 1

Der strukturelle Beitrag an eine linearisierte Zufriedenheitswertdarstellung ist in der Tabelle unter B einzusehen. B entspricht dem Y- Achsenabschnitt, also dem jeweiligen Ausgangswert der betreffenden Zufriedenheitsbetrachtung mit diesem Modell. Die linearisierte Zufriedenheit folgt der Gleichung $Y = B + A \cdot X$, wobei die Steigung $A = \partial Y / \partial X$ berechnet werden muss. Um dann eine solche Berechnung durchzuführen muss eine Dummycodierung der Kliniken vorgenommen werden. Vgl. hierzu Gujarati 1995.

Tabellarischer Lebenslauf

Geboren: 23. September 1967
Bürgerort: Dübendorf ZH

Schulbildung

1998 - 2003	Studium Soziologie: Gesundheits-, Umweltsoziologie, Germanistik: Gesprächsanalyse, neue dt. Lit., Universität Zürich
1998 8 Wochen	Bildungsaufenthalt, Ostafrika
1994 - 1997	Studium Umweltnaturwissenschaften, ETH Zürich
1989 - 1992	Kantonale Maturitätsschule für Erwachsene, Zürich
1988 5 Monate	Bildungsaufenthalt, Mexiko
1984 - 1987	Technische Berufsmittelschule, Wetzikon
1980 - 1983	Sekundarschule, Dübendorf
1977 - 1980	Primarschule, Dübendorf

Tätigkeiten

Seit	Dez	02	Fachstelle für Integration Zürich: Beratung und Nachsorge von randständigen Menschen.
Feb.	01 - Dez.	01	Psychiatrische Universitätsklinik Zürich: Projektbezogene Anstellung zur Entwicklung eines Fragebogens zur Messung der Patientenzufriedenheit in der Psychiatrie für die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich.
Jan.	00 - März	02	Mecon measure & Consult GmbH Zürich: Entwicklung von Fragebogen und statistische Auswertungen.
April	97 - März	98	ETH Zürich: Planung und Umsetzung des Projekts Studicafe: Umbau einer Cafeteria gemäss unserem Konzept; Ressort Öffentlichkeitsarbeit. Implementierung des Kulturkonzepts beim VSETH. Als Präsident der Kulturkommission: Organisation von Veranstaltungen, Geldakquisition, sowie Werbung für die Anlässe.
Juni	92 - Dez.	99	Mitgliederzeitung Radio Lora Zürich: Redaktion im Team der Zeitungsgruppe zu den Aktivitäten und Projekten im Radio Lora.
Juni	92 - Aug.	93	Kulturmagazin Föhn X, Radio Lora Zürich: Koordination der vielsprachigen SendungsmacherInnenteams des Kulturmagazins. Eigene Beiträge an einem Tag in der Woche vor allem zu Theateraufführungen, aber auch zu Ausstellungen und anderen kulturellen Anlässen.
März	88 - Dez.	88	Ing. Weber, Esslingen: Aufbau einer Versuchswerkstatt für alternative Wärmeenergien.

