

# soz:mag

DAS SOZIOLOGIE MAGAZIN

soz:mag #2 – November 2002  
Seiten 28-32

## **Konstrukt Patientenzufriedenheit**

Die Entwicklung eines Fragebogens zur Beurteilung der Zufriedenheit von  
Psychiatriepatienten

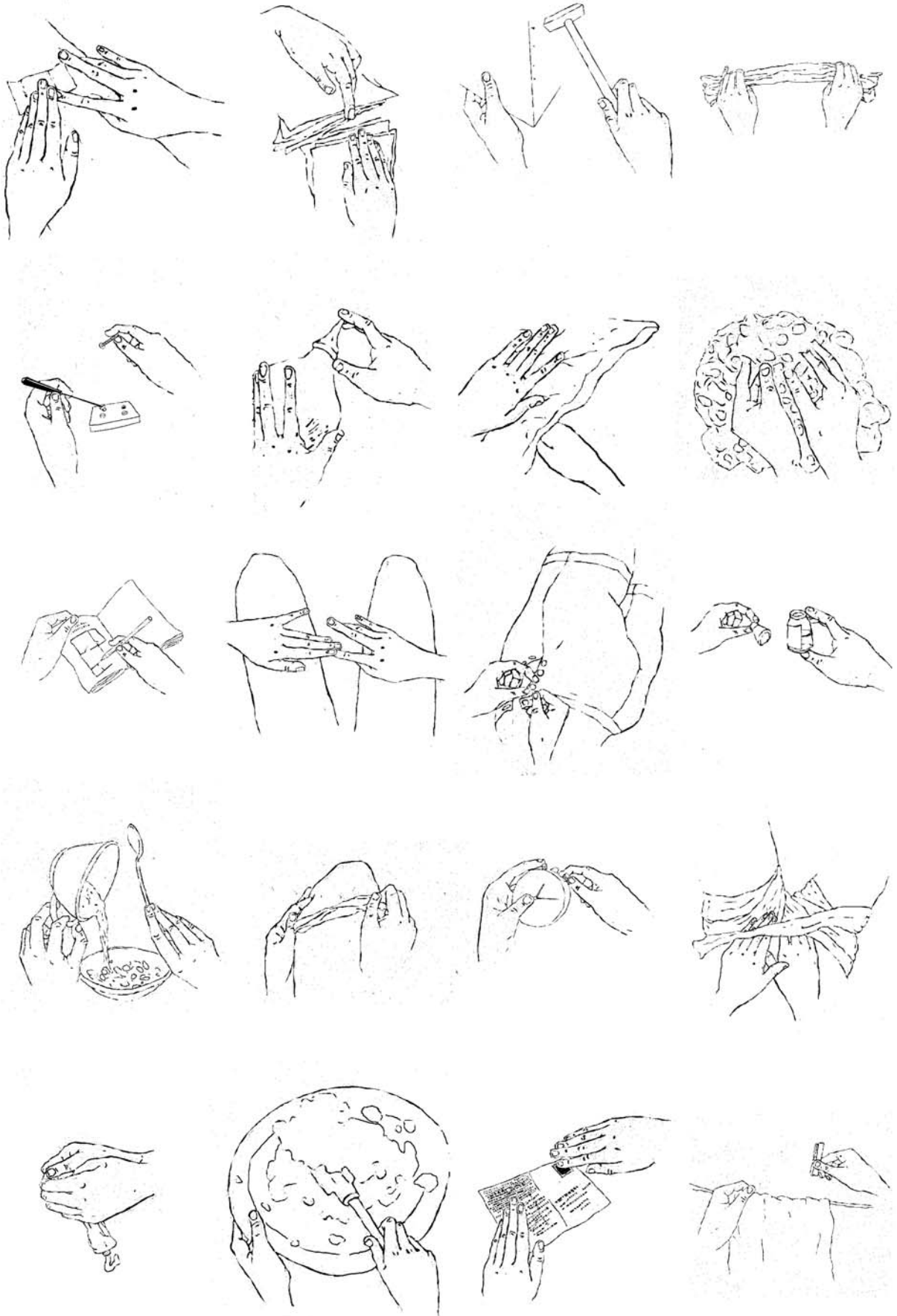
von Felix Hanselmann

### **Some Rights Reserved**

Dieser soz:mag-Artikel unterliegt einer Creative Commons Lizenz. Er darf zu nicht-kommerziellen Zwecken in ungekürzter und unveränderter Fassung unter Beibehaltung dieser Urheberrechtsbestimmung frei vervielfältigt und verbreitet werden. Details siehe unter:  
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/deed>.

soz:mag – Das Soziologie Magazin  
Basel, Bern, Genf, Zürich: Verein virtuelle SoziologInnen  
<http://sozmag.soziologie.ch>

# Konstrukt Patientenzufriedenheit



**Die Entwicklung eines Fragebogens zur Beurteilung der Zufriedenheit von Psychiatriepatienten**

Inwiefern beeinflusst der historische, kulturelle, persönliche und situationsbezogene Kontext eine Forschung? Und wie kann dieser Umstand in den Forschungsprozess einbezogen werden? – Der vorliegende Artikel stellt die Frage nach der Selbstreflexion und der Selbstreferentialität einer Forschung. Mit Selbstreferentialität ist die Frage nach dem forschungsimmanenten Kontext einer Untersuchung gemeint. Sie weist auf die Abhängigkeit einer Forschung von ihrem Kontext hin. Anhand der qualitativen Entwicklung eines Fragebogens zur standardmässigen Beurteilung der Patientenzufriedenheit soll gezeigt werden, was soziologische Forschung diesbezüglich leisten kann.

Von Felix Hanselmann

Im Rahmen einer Auftragsforschung an der psychiatrischen Universitätsklinik in Zürich ergab sich die Möglichkeit, qualitativ mittels Befragung von PatientInnen, MitarbeiterInnen und Patientenangehörigen einen Fragebogen zur Beurteilung der Patientenzufriedenheit zu entwickeln.

### Patientenzufriedenheit – eine erste Annäherung

Das Problem von Qualität in der Psychiatrie und allgemein im Gesundheitswesen besteht darin, dass Gesundheit keine Dienstleistung ist, sondern ein Zustand. Auch wenn es im Gesundheitswesen darum geht, die ärztlichen, pflegerischen, therapeutischen und sozialen Dienstleistungen zu beurteilen, müssen diese (Dienst-)Leistungen in Bezug zum angestrebten gesundheitlichen Zustand des Patienten/der Patientin gesetzt werden. Zufriedenheit ist ein Faktor davon, einer der mehrere Akteure betrifft. Es ist daher anzunehmen, dass nicht nur die Berücksichtigung von Patientenbedürfnissen der Verbesserung der Patientenzufriedenheit dient, sondern dass das Augenmerk vielmehr auf das gemeinsame Erarbeiten einer Lösung von Personal und PatientInnen zum Umgang mit den patientenspezifischen Problemen während und nach einem Klinikaufenthalt zu richten ist. Bezieht man diesen Aspekt in die Analyse der Patientenzufriedenheit mit ein, wird offensichtlich, dass es sich dabei wesentlich um Prozessqualität handelt. In einem noch umfassenderen Sinn gehört wohl bereits Zugangsqualität dazu: Wie ist jemand in welche Klinik gekommen, und wie steht er/sie dazu? - Ich wollte all diesen Fragen mittels Fokusgruppendifkussionen mit den Betroffenen Akteuren nachgehen.

### Operative Gruppentheorie

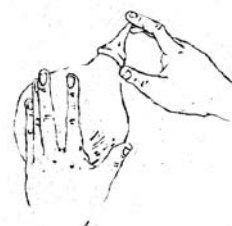
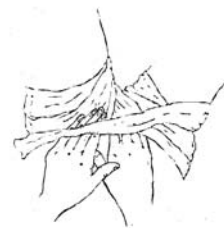
Die gewählte Methode zur Befragung und zur Diskussion mit den betroffenen Akteurgruppen stammt aus Argentinien. Ihr Begründer Pichon Rivière war Mediziner und Psychoanalytiker. Er entwickelte die Theorie und Methode der operativen Gruppe in den Dreissiger Jahren des letzten Jahrhunderts in der Arbeit mit PsychiatriepatientInnen und der Organisation seiner eigenen Klinik in Buenos Aires. „Gruppe kann als konkrete Tatsache, als soziologische Kategorie, als reales Ereignis und als Begriff, der sich auf dieses Ereignis bezieht, gesehen werden“ (Bauleo 1983). Gruppe wird psychosozial definiert. Sie ist der Ort des Übergangs zwischen Individuum und Gesellschaft. Die operative

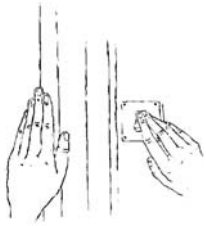
Gruppentheorie ist so gesehen eine Synthese von Sozialpsychologie und Psychoanalyse. Institution wird dabei als intergruppaales Phänomen aufgefasst. Deshalb kann man sie auf der Ebene der Gruppe untersuchen. Jede Auffälligkeit im Gruppengeschehen – sei sie nun latenter oder manifester Art – ist in Bezug auf ihren sozialen Kontext, hier die Institution psychiatrische Klinik, aber auch die Institution Gesellschaft, zu deuten. Die Gruppe kann die Rolle eines sozialen Organisations von Erfahrungsräumen spielen“ (ebd.). Bei meinem Vorhaben ging es daher darum, die Funktion von PsychiatriepatientInnen in der psychiatrischen Klinik (und der Gesellschaft) zum Ziel der Analyse des Gruppengeschehens zu machen. Das heisst Auffälligkeiten während der Diskussion wurden im Hinblick auf diese Zusammenhänge hin analysiert und nicht etwa als spezielles Phänomen der befragten Gruppe betrachtet.

### Den Forschungsprozess reflektieren

Die Patientennennungen, sowie die während der Sitzung von der Beobachtung verfassten Protokolle, wurden mittels *Grounded Theory* systematisch kategorisiert. Kennzeichnend für *Grounded Theory* sind: der Fall als eigenständige Untersuchungseinheit, die soziologische Interpretation als strukturierte hermeneutische Interpretation von Daten sowie die Kontinuität von alltagsweltlichem und wissenschaftlichem Denken (Goertz 2001). Vor allem das Denken in Akteinheiten erinnert stark an Parsons' *Theory of Action*.

Das Spezielle an *Grounded Theory* ist aber ihre implizite Reflexivität, die durch das methodische Vorgehen strukturiert ist: Diese liegt im Wechselspiel zwischen Datenerhebung, Kategorisieren der Daten und dem Memoschreiben. Memoschreiben meint das Kommentieren der postulierten Kategorien. Es erhält damit einen meta-analytischen Charakter, der es erlaubt, beim Wiederlesen eigene Stand-





punkte, die in der Forschung ihren Ausdruck finden, besser zu erkennen. Es geht darum, die eigenen Widerstände und Ängste zu erkennen und sie in Bezug auf das Forschungsinteresse zu deuten. Die Reflexion wird auch dadurch ermöglicht, dass die einzelnen Beobachtungen immer wieder miteinander verglichen werden können, bis sich übergeordnete Kategorien formulieren lassen. Auf deren Basis kann dann ein Theoriemodell formuliert werden, das wiederum überprüft werden muss. Im vorliegenden Fall wurde ein aus der Literatur gewonnenes Modell zuerst qualitativ erweitert und angepasst. Daraufhin wurde das so modifizierte Modell (bzw. die daraus abgeleiteten Fragen) mittels einer quantitativen Untersuchung auf Validität und Reliabilität hin überprüft.



Eine wichtige Bedeutung hat bei diesem Vorgehen auch das Kontextwissen. Jeder Forscher, jede Forscherin bringt eine Vorerfahrung auf den verschiedensten Ebenen mit. Mannheim verweist darauf als *Weltanschauungstotalität*: Neben den Kenntnissen aus der Fachliteratur fließen auch das Methodenwissen und das Wissen um die spezifische Forschungssituation in die Analyse mit ein. Erwartungen und Sichtweisen des Umfeldes finden ebenfalls Eingang in den Forschungsprozess. Vereinfachend könnte dieser Umstand mit folgender Frage auf den Nenner gebracht werden, die ein Patient in einer Fokusgruppendifkussion äusserte: „Von wem werden Sie bezahlt?“ Es gilt diesem Aspekt, den ich mit Selbstreferentialität bezeichnen möchte, die nötige Aufmerksamkeit zukommen zu lassen. Anhand der weiteren Ausführungen soll klar werden, was damit gemeint ist.



### Gruppendiskussionen mit allen relevanten Akteuren

Am Anfang führte ich vier Fokusgruppendifkussionen mit MitarbeiterInnen aus der Psychiatrischen Universitätsklinik durch. Die Gruppen waren je zu gleichen Teilen aus ÄrztInnen, PflegerInnen und Personal der Physio-, und Ergotherapie sowie dem Sozialdienst zusammengesetzt. Ich hatte keine Vorinformation über die zu befragenden MitarbeiterInnen und wusste lediglich, welcher Berufsgruppe sie angehörten. An der Gruppendiskussion wurden die Teilnehmer jeweils gefragt, was Patientenzufriedenheit bei einem stationären Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik ihrer Meinung nach ausmache. Die soziodemografischen Merkmale Alter, Geschlecht, Beruf wurden auf freiwilliger Basis und anonym erhoben.



Nach der Sichtung des Material entschloss ich mich, eine teilnehmende Beobachtung auf einer halboffenen Abteilung der

Psychiatrischen Universitätsklinik durchzuführen, um mein Bild von der Arbeit in einer psychiatrischen Klinik zu vertiefen.

Dann wurden vier Fokusgruppendifkussionen mit PatientInnen durchgeführt. Für die PatientInnen bestand die Bedingung, dass sie in der Lage sein mussten, sich an der Diskussion zu beteiligen. Ich verfügte über keine Vorinformationen bezüglich Diagnose oder andere Patientenmerkmale. Wiederum wurden soziodemografische Merkmale, hier Alter, Geschlecht, Versicherungsklasse und Eintrittsart auf freiwilliger Basis und anonym erhoben.

Auf diese Weise entstand ein vertieftes Verständnis für die Probleme bei einem stationären Aufenthalt. Nicht die Menschen machten „es“ falsch oder die PatientInnen waren zu „anspruchsvoll“. Es wurde mir klar, was mit „sozialer Desintegration“ (Rivièrè) gemeint sein könnte. Auch die zuletzt durchgeführte Fokusgruppendifkussion mit Angehörigen von psychisch kranken PatientInnen führte weiter in diese Richtung: Bei einem Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik gibt es selten „Heilung“. Das Gebot der Stunde – bei immer kürzeren Aufenthaltszeiten und einem immer breiteren psychosozialen Versorgungssystem ausserhalb der Klinik – lautet Krisenintervention. Probleme bereitet den PatientInnen dabei vor allem die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben nach einem Aufenthalt in der Klinik. Oft ist diese aus finanziellen und sozialen Gründen schwierig zu bewerkstelligen. Der „Verrückte im Haus“ wird von den anderen Mietern in aller Regel gemieden und nicht unterstützt. Ein Patient, eine Patientin findet zum Teil nur schwer Arbeit, sofern er oder sie nicht einigermassen den Normen gemäss funktioniert. Ich wurde auf dieses Problem erst spät aufmerksam. Konnte es nur sehr marginal mit meiner Forschung vernetzen. Es führte über mein Untersuchungsinteresse hinaus, hatte gleichzeitig aber viel damit zu tun. Mein Bild von Patientenzufriedenheit war jedenfalls endgültig dekonstruiert.

### Ein modifiziertes Modell der Patientenzufriedenheit

Die Befragungen der verschiedenen Akteurgruppen ergaben ein erstaunlich homogenes Bild der Patientenzufriedenheit. Neben den Überschneidungen war aber klar, dass jede Akteurgruppe ihre spezielle Perspektive einbrachte. Während die PatientInnen ihre Autonomie, den Respekt ihnen gegenüber als Hilfesuchende, die Tatsache ernstgenommen zu werden, sowie eine angenehme Atmosphäre auf der Abteilung am höchsten gewichteten, war dem Personal neben einer angenehmen Atmosphäre die Professionalität am Wichtigsten. Zu dieser Professionalität gehörte neben der Fachkompetenz und Menschlichkeit vor allem auch die Kommunikation, der Austausch mit den PatientInnen.

Die Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Resultate der Untersuchung. Die Kategorien wurden nicht systematisch erhoben, sondern ergaben sich im Laufe der Untersuchung. Die qualitative Vorgehensweise hatte eben explorierenden Charakter. Viele Fragen tauchten erst während der Diskussion auf.

Basierend auf den gefundenen Kategorien wurde anschliessend ein modifiziertes Modell der Patientenzufriedenheit postuliert (siehe Abbildung 1).



Tabelle 1: Wichtigste Kategorien der Patientenzufriedenheit aufgrund des Urteils der drei Akteurguppen

Kategorien	Nennungen Patienten	Nennungen Mitarbeiter	Nennungen Angehörige
Atmosphäre	304	-	-
Patientenbedürfnisse	261	63	12
Personal-Patientenbeziehung	209	59	-
Fachkompetenz der Pflege	146	109	24
Fachkompetenz der ÄrztInnen	104	85	31
Fachkompetenz TherapeutInnen der Ergotherapie	-	59	-
der Physiotherapie	-	68	-
des Sozialdienstes	44	65	14
Information	33	48	13
Institution	134	41	43
Organisation	86	124	19
Infrastruktur / Wohnen	50	45	-
Essen	28	20	20
Angehörigenbedürfnisse	-	-	48

Abbildung 1: Exploriertes Modell der Patientenzufriedenheit

Zur Anzeige wird der QuickTime-Dokkompressor benötigt.  
zur Anzeige wird der QuickTime-Dokkompressor benötigt.

Das modifizierte Modell der Patientenzufriedenheit soll den dynamischen Charakter der Patientenzufriedenheit betonen. Patientenzufriedenheit verändert sich in einem sich verändernden Umfeld. Das Modell orientiert sich aber stark an der Patientenzufriedenheitsforschung und verwendet deren Terminologie. Der Bereich „Andere Faktoren“ beinhaltet die interessante Residuums-kategorie dar. Sie umfasst die zahlreichen subtilen Einwände und Aspekte der erforschten Patientenzufriedenheit, die keinen direkten Eingang in den Fragebogen gefunden haben. Es ist zu vermuten, dass man sich dieser Kategorie widmen müsste, um ein noch umfassenderes und differenzierteres Bild der Patientenzufriedenheit zu erhalten.

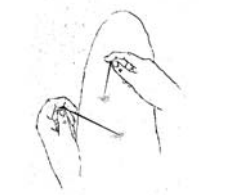
Basierend auf dem modifizierten Modell der Patientenzufriedenheit wurde ein Fragebogen entwickelt, der das qualitativ entstandene Konstrukt in hohem Masse abzubilden vermag. Er erfüllt die Anforderungen an Validität und Reliabilität in hohem Masse. Das heisst die Fragen sind konsistent, relevant für das zu beurteilende Konstrukt – nämlich die Patientenzufriedenheit – und die Beurteilung ist standardisiert wiederholbar.

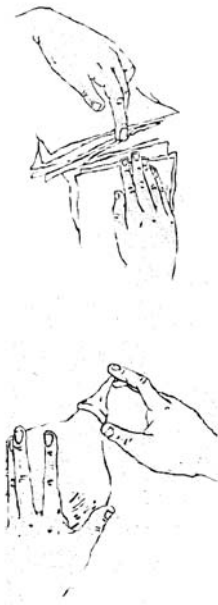
## Diskussion

Freilich handelt es sich bei dieser Art von Beurteilung der Patientenzufriedenheit nicht um eine Aussage über die Wirklichkeit, sondern über die Gemeinsamkeiten, wie jede(r) die in Frage stehende Patientenzufriedenheit im Rahmen der psychiatrischen Klinik erfährt. Es handelt

sich also immer auch um sozial konstruierte Wirklichkeit. Auf was diese intersubjektiv entstandene (in der Gruppe beobachtete) Wirklichkeit referiert, gilt es als ForscherIn zu reflektieren.

Die operative Gruppentheorie hat sich diesbezüglich für die Fragen, die in einer Gruppendiskussion eine Rolle spielen, als sehr ergiebig erwiesen. Ihr Konzept der Emergenz stellte sich als wichtiger Verstehensaspekt für die Patientenzufriedenheit heraus. Emergenz meint eine Auffälligkeit, die sich in der Gruppe abspielt und die von der Beobachtung im Hinblick auf die zu lösende, gemeinsame Aufgabe gedeutet wird: z.B. eine zunächst unverständliche Wut eines Teilnehmers/einer Teilnehmerin auf die Aussage eines andern Teilnehmers/einer andern Teilnehmerin. Gerade hier werden aber auch die Grenzen von sozialwissenschaftlicher Hermeneutik sichtbar: Die Deutung der Emergenz durch die Beobachtung ist auch von der beobachtenden Person abhängig. In den durchgeführten Fokusgruppens-diskussionen war die Zusammensetzung der Befragungsequipe immer anders. Die koordinierende Person – also ich selbst – war die einzige Konstante. Es war sehr gut ersichtlich, dass der Schwerpunkt der Beobachtung jedes Mal ein etwas anderer war. Das war insofern erschwerend, als ich mich bei der Interpretation der Protokolle immer wieder auf neue Denkfiguren einlassen musste. Es war aber ausserordentlich bereichernd, weil es die Referentialität der befragten Gruppen und der Forscher selber ausserordentlich gut beleuchtete. Es konnten so Gemeinsamkeiten in den Aussagen von Akteuren herausgearbeitet werden, die sonst nicht hätten erkannt werden können. Die Operative Gruppentheorie hat für die Gruppenreferenz den Begriff ECRO geprägt. Das *Esquema Referential de Grupo* postuliert, dass jede Gruppe einen gemeinsamen Erfahrungshintergrund hat, den die Mitglieder der Gruppe teilen. „Wir machen das hier so und so. Bei uns ist das so und so organisiert, etc.“. Es ist das Gemeinsame, das man in einer Gruppe teilt. Demgegenüber stellt die Aufgabe – hier das Erarbeiten der Kriterien der Patientenzufriedenheit – das „Vertikale“ dar, welches in die Gruppe hineinkommt, welches sie bearbeiten möchte. Das Herausarbeiten des „Horizontalen“, dieses Referenzschemas, ermöglicht erst, darüber hinauszublicken. Erst so wird sichtbar, welche Funktion die Behandlung von psychisch Kranken in der Institution Psychiatrische Klinik bzw. in der Gesellschaft übernimmt. Es zeigt, dass Referentialität etwas Individuumübergreifendes ist und in die Überlegungen mit einzubeziehen ist.





### Fazit

Die Qualität einer Forschung – ob qualitativ oder quantitativ – hängt in hohem Masse davon ab, wie selbstreflexiv und wie selbstreferentiell man sich mit einer Materie auseinander zu setzen vermag. Dies beinhaltet sicherlich einmal die Fähigkeit, seine eigenen Positionen aufzugeben und die grosse Unsicherheit auszuhalten, die dabei entsteht, wenn man sich auf das Objekt seiner wissenschaftlichen Begierde einlässt. Dann aber habe ich zu zeigen versucht, dass darüber hinaus der Forschungskontext ebenfalls eine wichtige Rolle spielt. Es wird meines Erachtens sehr deutlich, dass mit „Wirklichkeit“ ein „intersubjektiver Erfahrungsraum gemeint ist“ (Strauss 1998), den es bezüglich seiner Funktion und seiner Auswirkungen auf die Forschung selbst zu reflektieren gilt.

**Felix Hanselmann** studiert Soziologie und Germanistik. Er war während zwei Jahren bei einer Beratungsfirma im Gesundheitsbereich in der Forschung und Entwicklung tätig. Neben der Entwicklung von Fragebogen hat er sich auch mit Reliabilität und Validität von Fragebogen sowie mit statistischen Auswertungen zum Thema Patientenzufriedenheit im Akutspital beschäftigt. Das Thema seiner Lizentiatsarbeit ist die "Patientenzufriedenheit in der psychiatrischen Klinik".

### Literaturauswahl

- Bauleo, A. (1983): Die produktive operative Gruppe. Florenz. In: Zur Theorie und Praxis der operativen Gruppe. Journal. Sondernummer Oktober 1997. Zürich: bokos druck GmbH.
- Goertz H-J. (2001): Konstruktion der Geschichte. In: Unsichere Geschichte. Zur Theorie historischer Referentialität. Stuttgart S. 83 – 102.
- Hacking, I. (1999): Was heisst soziale Konstruktion? Zur Konjunktur einer Kampfvokabel in den Wissenschaften. München S. 11 – 60.
- Strauss, A. L. (1998): Grundlagen qualitativer Sozialforschung. 2. Auflage. Freiberg am Neckar: Alfred Krugmann.



b  
e  
i  
m  
a  
r  
i  
n  
a  
k  
l  
i  
n  
k  
e  
r



illustrationen  
jeder art  
für magazine,  
bücher,  
etc.



raumgestaltung  
zu jeder  
veranstaltung



kontakt:  
marisch@hotmail.com  
oder telefonisch:  
+41 (0) 12911755

professionelle hilfeleistung  
bei jeder identitätssuche