

Patientenzufriedenheit – Leuchtturm oder Irrlicht auf dem Weg zur Qualitätsbeurteilung ambulanter Suchtbehandlungen?

Magdalena DAMPZ¹, Luis FALCATO², Thilo BECK³

Zusammenfassung

Die Stärkung der Patientenperspektive und zunehmender ökonomischer Druck haben die Qualitätsmessung im Gesundheitswesen wichtiger werden lassen. Welchen Stellenwert hat Patientenzufriedenheit in diesem Zusammenhang? Die Arud führte von 2008 bis 2010 in ihren vier Zentren für Suchtmedizin jährliche Erhebungen der Patientenzufriedenheit in drei ambulanten Behandlungssettings durch, wobei quantitative und qualitative Techniken eingesetzt wurden. Die Zufriedenheitswerte der Settings wurden miteinander verglichen und mittels logistischer Regression auf verschiedene Einflussfaktoren geprüft. Die offenen Fragen wurden inhaltsanalytisch ausgewertet. Mehr als $\frac{3}{4}$ der Befragten gaben hohe Zufriedenheit an, wobei sie in den Heroinbehandlungen am tiefsten und in den Behandlungen ohne Substitution am höchsten war. Behandlungen mit Methadon, Buprenorphin oder Morphin lagen dazwischen. Als wichtigste Einflussfaktoren konnten die Symptombelastung und der Arbeitsstatus der Patienten identifiziert werden. Zufriedenheitsbefragungen liefern Erkenntnisse über eine eigenständige Qualitätsdimension ambulanter Suchtbehandlungen, die von praktischem Nutzen sein können. Die Resultate sollten jedoch nicht vorschnell aus dem Blickwinkel des Kundenmodells interpretiert oder für einfache Vergleiche zwischen Anbietern herangezogen werden. Die Qualität eines Gesundheitsangebotes ist ein komplexeres Konstrukt.

1 MA, wissenschaftliche Mitarbeiterin, Arud, Zentren für Suchtmedizin

2 Lic. phil., Leiter Evaluation und Forschung, Arud, Zentren für Suchtmedizin

3 Dr. med., Chefarzt, Arud, Zentren für Suchtmedizin

Arud, Zentren für Suchtmedizin, Konradstrasse 32, 8005 Zürich

1. Einleitung

Das Interesse am Phänomen der Patientenzufriedenheit ist gesellschaftspolitisch und medizinsoziologisch eng verbunden mit zwei historisch parallelen Entwicklungslinien, der Veränderung der Ärzte- und Patienten-Rolle seit Mitte des 20. Jahrhunderts und dem seit Ende des 20. Jh.s kontinuierlich zunehmenden ökonomischen Druck auf die Gesundheitssysteme in den Ländern der westlichen Welt. In der Wechselwirkung entstand eine Dynamik, die heutzutage soweit fortgeschritten ist, dass die Qualitätsmessung im Gesundheitswesen nahezu zu einem Imperativ geworden ist, dem sich die Leistungserbringer, nur schon aus Imagegründen, kaum mehr entziehen können. Die Patientenzufriedenheit wird als eine Dimension der Behandlungsqualität angesehen und ist als legitimer Outcome eines der Behandlungsziele (Williams, 1994) bzw. wird als inhärenter Bestandteil des Gesundheitszustandes an sich verstanden (Donabedian, 1988).

In Deutschland und in der Schweiz machten die staatlichen Kostenträger Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Bedingung der Finanzierungsbeteiligung (Wettach, 2004). Das Schweizerische Bundesamt für Sozialversicherung stellte einen Katalog entsprechender Bedingungen für stationäre Einrichtungen auf, darunter die Einführung eines Qualitätsmanagementssystems und die Erhebung der Patientenzufriedenheit. Das Bundesamt für Gesundheit führte im Jahre 2000 das (Prozess)-Qualitätsmanagementprogramm QuaTheDA ein, das gegenwärtig um die Erhebung der Ergebnisqualität erweitert wird (Guggenbühl et al., 2011). Eine Ausdehnung auf ambulante Behandlungen wird angestrebt, wobei für diesen Bereich bisher keine gesetzlichen Vorgaben existieren.

Auch die WHO empfiehlt die Durchführung von Patientenzufriedenheitsbefragungen in Behandlungen der Drogenabhängigkeit (Marsden et al., 2000). Die Kenntnis der Patientenperspektive könne dazu verhelfen, die Mängel der Behandlung aufzudecken, auch wenn die geäußerte Zufriedenheit noch kein Beweis für die Effektivität der Behandlung sei (World Health Organization (WHO), 2000; Marsden et al., 2000; Aigner et al., 2006).

Ziel der vorliegenden Arbeit ist eine kritische Reflexion über die Messung und die Bedeutung der Patientenzufriedenheit in ambulanten Suchtbehandlungen. Ausgangspunkte sind die Aufarbeitung des aktuellen Forschungsstandes sowie die praktischen Erfahrungen und empirischen Ergebnisse der in den Zentren für Suchtmedizin der Arud von 2008 bis 2010 jährlich durchgeführten Patientenzufriedenheitserhebungen.

1.1. Geschichte der Patientenzufriedenheitsforschung

Erste Arbeiten zur Patientenzufriedenheit entstanden in den 1950er-Jahren: Talcott Parsons und Thomas Szasz untersuchten die Interaktionen zwischen

Patientinnen bzw. Patienten und Ärztinnen bzw. Ärzten (Parsons, 1951; Szasz & Hollender, 1956) und haben das Interesse der Forschung für die Patientenperspektive geweckt, das durch den Zusammenhang zwischen der Patientenzufriedenheit und der Compliance legitimiert wurde. In den 1960er Jahren gab es in den USA schon zahlreiche Patientenzufriedenheitsbefragungen zu dieser Fragestellung (z.B. Tagliacozzo, 1965). Im deutschsprachigen Raum wurden die ersten Studien zur Patientenzufriedenheit in den 1990er Jahren durchgeführt (Straub et al., 1997; Satzinger et al., 2001).

Seit den 1980er Jahren stieg der ökonomische Druck auf das Gesundheitswesen, worauf mit Strategien eines kompetitiven Gesundheitsmarktes reagiert wurde, die aus anderen Branchen imitiert oder übernommen wurden (Sitzia & Wood, 1997). Von Grossbritannien ausgehend fanden die Begriffe „Konsument“ (Consumer) und „Kunde“ (Client) mit den entsprechenden Konzepten zunehmend Einzug in die Patientenzufriedenheitsforschung und sind bis heute präsent (Applebaum et al., 2004; Zinn, 2009).

1.2. Was ist und misst „Zufriedenheit“ – Definitionen und Konzepte

Eine einheitliche Definition gibt es nicht. Der Begriff Patientenzufriedenheit wird breit verwendet, als Konzept jedoch nur ungenügend (bzw. uneinheitlich) verstanden (Sitzia & Wood, 1997). Im Wesentlichen lassen sich drei inhaltliche Schwerpunkte unterscheiden: Manche Autoren betonen den Gefühlsaspekt und betrachten (Patienten-)zufriedenheit als emotionale Reaktion (Pascoe, 1983), andere betonen die Einstellung zur Behandlung und den Aspekt der kognitiven Bewertung (Cleary & McNeil, 1988). Wieder andere weisen auf die Rolle der Erwartungen hin, welche die Zufriedenheit direkt beeinflussen sollen (Risser, 1975; Abramowitz et al., 1987). Williams et al geben eine eingehende Darstellung und Kritik der theoretischen Konzepte und ihrer Prämissen und stellen die Validität des Konstruktes „Patientenzufriedenheit“ in Frage (Williams, 1994).

Das gängigste Konzept zur Erklärung der Patienten- (im Sinne von Konsumenten-) zufriedenheit ist das Diskrepanzmodell (Mehmet, 2010): Hypothetisch gelangen Patienten demnach durch einen Vergleich ihrer Erwartungen (Soll-Komponente) mit der wahrgenommenen Leistung (Ist-Komponente) zu einem Urteil, das eine Qualitätsbewertung darstellt und sich in Zufriedenheit ausdrückt. Die Soll-Komponente (Vergleichsstandard) stellt ein Erwartungsintervall (keine punktgenaue Erwartung) dar, das nach unten durch Mindesterwartungen und nach oben durch Idealerwartungen begrenzt ist. Die Ist-Komponente stellt die vom Patienten individuell erfahrene Realität bzw. seine persönlich erlebte Situation dar. Sie entsteht in einem subjektiven, notwendigerweise selektiven, kognitiven Prozess, der durch vielfältige Verzerrungen gestört sein kann (z.B. Halo-Effekt, Stereotypenbildung, Assimilations-, Kontrast-, Übertragungseffekte etc.).

Der Soll-Ist-Vergleich schliesslich stellt eine mehr oder weniger bewusste Entscheidung dar, die ihrerseits nicht voraussetzungslos ist: z.B. können Überraschungseffekte (unerwartetes Auseinanderklaffen der Erwartungen und Erfahrungen), Dankbarkeit (Marchand et al., 2011) oder Nervosität und Angst vor Kritik gegenüber den Behandlern (Weisskittel-Effekt), soziale Erwünschtheit etc. die Bildung und Äusserung des Zufriedenheitsurteils beeinflussen.

Schliesslich ist zu beachten, dass Zufriedenheit und Qualität nicht gleichgerichtet sein müssen, ebenso möglich sind eine hohe (subjektive) Zufriedenheit bei (objektiv) tiefer Qualität (Adaption) sowie eine tiefe Zufriedenheit bei hoher Qualität (Dissonanz).

1.3. Was macht ein gutes Messinstrument für Patientenzufriedenheit aus – Überlegungen zur Operationalisierung und Datenerhebung

Ware et al (1983) unterscheiden zwischen den objektiven Berichten (objective satisfaction reports), wie z. B. Wartezeiten, und deren Bewertungen (satisfaction ratings). Die letzteren beziehen sich auf drei Variablen: persönliche Präferenzen der Patientin bzw. des Patienten, ihre bzw. seine Erwartungen und die wahrgenommenen Merkmale der effektiv erhaltenen Behandlung. Auf diese Weise beinhaltet das Zufriedenheits-Rating sowohl die subjektive Beurteilung der Patientin bzw. des Patienten als auch die Information über die Behandlung an sich. Die Erwartungen und die Präferenzen können dabei einerseits als „Störfaktoren“ oder aber als Determinanten der Zufriedenheit gesehen werden, von denen die Bewertung der objektiven Qualität der Behandlung abhängt. Diese verschiedenen Elemente sollten im Messinstrument berücksichtigt werden.

Direkte Fragen (z.B. „Wie zufrieden sind sie mit der fachlichen Kompetenz Ihres Behandlers?“ Antwortkategorien von „sehr unzufrieden“ bis „sehr zufrieden“) sind näher am theoretischen Konstrukt. Die indirekte Frage „Wie beurteilen Sie die fachliche Kompetenz ihres Behandlers?“ (Antwortkategorien von „sehr gut“ bis „sehr schlecht“) hat jedoch den Vorteil, dass sie weniger emotional gefärbt ist und die Position, in die die Befragten versetzt werden (Urteilende statt (Un-)Zufriedene) hinsichtlich ihrer sozialen Bewertung neutraler ist. Es konnte gezeigt werden, dass die Antwortkategorien „excellent“ bis „poor“ zu einer besseren Antwortverteilung und höheren Korrelation mit Verhaltensabsichten (Weiterempfehlung, erneute Inanspruchnahme, Adhärenz) führten als die Kategorien „very satisfied“ bis „very dissatisfied“ (Ware, Jr. & Hays, 1988). Es sollten daher sowohl direkte wie indirekte Zufriedenheitsurteile erhoben werden.

Bewertungsorientierte Reportingfragen (z.B. „Ich wurde ausreichend über die Wirkungen der Medikamente, die ich einnehme, informiert.“ Antwortkategorien „trifft völlig zu“ bis „trifft überhaupt nicht zu“) verhelfen zu einem Vergleich der Patientensicht gegenüber extern vordefinierten Standards. Sie

bergen jedoch die Gefahr, eine „Schein-Objektivität“ zu produzieren. Schwierigkeiten ergeben sich durch den beliebigen Detaillierungsgrad der möglichen Sachverhalte, die ein gutes Erinnerungsvermögen der Patientinnen und Patienten erfordern und dadurch, dass die Beurteilung im Nachhinein (vor dem Hintergrund späterer Erfahrungen) durchaus anders ausfallen kann als zum Ereigniszeitpunkt. Voraussetzung für die Verwendung bewertungsorientierter Reportingfragen sind gute Kenntnisse, welche Sachverhalte oder Ereignisse aus Patientensicht als relevant einzustufen sind.

Die Verbindung zwischen der Zufriedenheit mit verschiedenen Einzelaspekten der Behandlung (Gesundheitsdienstleistung) und der Gesamtzufriedenheit, welche sich massgeblich auf das Verhalten der Patientin oder des Patienten auswirkt, ist nicht additiv: vielmehr können bei der Aggregation gewisse Einzelurteile durch andere aufgehoben werden (kompensatorische Merkmale), während dies für andere nicht gilt (nicht-kompensatorische Merkmale). Welche Attribute in welchem Mass in das Gesamturteil eingehen, ist von Patient zu Patient unterschiedlich. Nur die Patientin selbst weiss, wie wichtig ihr einzelne Attribute der persönlich in Anspruch genommenen Gesundheitsdienstleistung sind. Deshalb sollte das Gesamturteil explizit erhoben und nicht analytisch aus der Summe von Einzelurteilen generiert werden.

Relativ wenige Erhebungsinstrumente schliessen offene Fragen ein, obwohl dieser Typus aussagekräftiger scheint, wenn es um die Exploration fördernder oder störender Behandlungscharakteristika auf die Patientenzufriedenheit geht (Dampz & Falcato, 2008). Eine Schwäche vieler quantitativer Zufriedenheitsfragebogen besteht darin, dass sie von Behandlungsanbietern oder anderen Spezialisten des Gesundheitswesens entwickelt wurden, ohne die Laienperspektive angemessen zu berücksichtigen (Sitzia & Wood, 1997), was dazu führen kann, dass für die Patientin bzw. den Patienten relevante Themenbereiche ausgelassen werden. Deshalb sollte zumindest die Möglichkeit einer ergänzenden, freien Stellungnahme geboten werden (Avis et al., 1995a; Avis et al., 1995b) oder idealerweise narrative Interviews geführt werden, in denen die Patientensicht besser zur Geltung kommt.

2. Empirischer Wissensstand zur Patientenzufriedenheit im ambulanten Drogenbereich

Die empirische Literatur zur Patientenzufriedenheit im Gesundheitswesen ist mittlerweile umfangreich. Wenn man jedoch die Untersuchungen auf Patientinnen und Patienten in Drogentherapien beschränkt, sinkt die Anzahl beträchtlich. Studien zur Zufriedenheit im ambulanten Drogenbereich schliesslich sind relativ rar.

2.1. Das Ausmass der Zufriedenheit – ist Patienten-zufriedenheit garantiert?

Die empirischen Untersuchungen berichten praktisch ausnahmslos über eine hohe bis sehr hohe Zufriedenheit der Befragten in ambulanten oder stationären Therapieeinrichtungen für Drogenabhängige. Es finden sich dabei Unterschiede der Zufriedenheit mit verschiedenen Teilaspekten, z.B. im Setting der ambulanten Methadonpatientinnen und -patienten eine tiefere Zufriedenheit mit der erhaltenen Information und dem Zugang zur Behandlung als mit dem Personal und mit dem Angebot selbst. Die Gesamtzufriedenheits-Scores können höher sein als die für spezifische Teilaspekte der Behandlung (z.B. soziale Arbeit, psychologische Behandlung) (Cernovsky et al., 1997; Chan et al., 1997; Brady et al., 1998; Brown et al., 1998; Wettach et al., 2000; Perez de los et al., 2005; Madden et al., 2008; Perreault et al., 2010; Marchand et al., 2011).

Die durchwegs hohen Zufriedenheitsratings können einerseits theoretisch erklärt werden, z.B. durch das Fehlen der vom Diskrepanzmodell postulierten individuellen Vergleichsnorm, andererseits durch einen Publikationsbias (Saila et al., 2008) oder durch psychometrische Eigenschaften der angewendeten Instrumente (Lehman & Zastowny, 1983). Es gibt Arbeiten, die zeigten, dass ein grosser inhaltlicher Unterschied zwischen den beiden Antwortkategorien „zufrieden“ und „sehr zufrieden“ besteht: Mittels qualitativer Interviews wurde aufgedeckt, dass sich hinter vielen positiven Bewertungen durchaus auch negative Erfahrungen verbergen können. Der Prozess, in dem die positiven oder negativen Erfahrungen in die Evaluation des Angebotes transformiert werden, ist sehr komplex. Williams et al. bemerkten zudem, dass Unzufriedenheit nur dann berichtet wurde, wenn eine Patientin oder ein Patient extrem negative Erfahrungen in der Behandlung gemacht hatte. Auch kamen die negativen Ereignisse erst im qualitativen Interview zum Ausdruck (Williams et al., 1998). In einer anderen Studie zeigte sich, dass „zufrieden“ für manche Befragten bedeutete, dass sie die Behandlung als angemessen oder durchschnittlich bewerteten. Für andere bedeutete es, dass es Aspekte gab, die verbessert werden könnten, oder dass etwas fehlte und keine optimale Behandlung erreicht wurde. „Zufriedene“ Patientinnen und Patienten beurteilten den entsprechenden Gesundheitsdienst als „akzeptabel“ oder „ausreichend“. Diejenigen, die „sehr zufrieden“ waren, beschrieben die Behandlung auf einem Kontinuum vom „besser als Durchschnitt“ bis „herausragend“ (Collins & O’Cathain, 2003).

Es wird vorgeschlagen, Zufriedenheitsraten unter 75% als „erhebliches Konfliktpotential“ zu bewerten, da es einer beträchtlichen Unzufriedenheit bedürfe, bis diese - aufgrund ihrer psychosozialen Unerwünschtheit - in den Ratings zum Ausdruck komme (Raspe et al., 1996).

2.2. Korrelate der Zufriedenheit

Studien in Drogenbehandlungssettings zeigen, dass die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten negativ mit der Schwere ihrer psychopathologischen Symptomatik zusammenhängt (Chan et al., 1997; Marchand et al., 2011). Die Ergebnisse zum Einfluss der soziodemographischen Merkmale Geschlecht und Alter erscheinen widersprüchlich (Chan et al., 1997; Morris & McKegane, 2007; Marchand et al., 2011), wobei sich die älteren Patienten insgesamt zufriedener geben (Metastudien von Pascoe, 1983; Hall & Dornan, 1990). Einflüsse von Persönlichkeitsmerkmalen konnten bisher nicht hinlänglich nachgewiesen werden. So fanden sich z.B. keine Assoziationen zwischen dem Selbstwertgefühl und der Zufriedenheit (Cernovsky et al., 1997; Sitzia & Wood, 1997; Wettach, 2004), obwohl schüchterne Patienten eher zu höherer Zufriedenheit neigten (Cernovsky et al., 1997).

Bisherige Untersuchungen zeigen einen Einfluss verschiedener Medikationsformen (Substanz, Dosierung, Applikationsform und -häufigkeit) auf die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten in opioidgestützter Behandlung. So wurde zum Beispiel, bei randomisierter Zuteilung, eine höhere Zufriedenheit bei 3x täglich intravenös verabreichtem Diacetylmorphin im Vergleich zur 1x täglichen oralen Abgabe von Methadon festgestellt (Marchand et al., 2011). Beim naturalistischen Vergleich von injiziertem Diazetylmorphin mit injiziertem Methadon waren ebenfalls die Personen zufriedener, die Heroin erhielten (Sell & Zador, 2004). In einer anderen Studie waren Personen mit tiefer Methadondosis (< 60mg/d) zufriedener als die mit höherer Dosis. Zufriedener waren auch Patientinnen und Patienten, die sich besser über Dosisänderungen informiert fühlten, welche glaubten, dass ihre Meinung diesbezüglich berücksichtigt wird sowie diejenigen, die eine bessere Meinung über das Methadon hatten (Perez de los et al., 2005).

Die Dauer der Behandlung und die Zufriedenheit, sowohl im ambulanten wie auch im stationären Setting, stehen nach heutigem Kenntnisstand in positivem Zusammenhang (Chan et al., 1997). In verschiedenen Studien sagte Zufriedenheit das Verbleiben in Behandlung voraus (Wettach et al., 2000; Kelly et al., 2010; Marchand et al., 2011).

Vor allem aus der Psychiatrie stammen Untersuchungen zu diversen weiteren Behandlungsmodalitäten. So gibt es Studien, die zeigen, dass ambulante (Psychiatrie-)patientinnen und -patienten zufriedener sind als die stationären und die Behandelten in Gruppen zufriedener als die in Einzeltherapien (Pascoe, 1983).

Die Zufriedenheit hängt mit einer Reihe von Variablen zusammen, die als Outcomes von Suchttherapien gelten. Die Zufriedenheit ist mit der Schwere der Alkohol- und Drogenprobleme assoziiert (Chan et al., 1997; Marchand et al., 2011), zufriedener Methadonpatientinnen und -patienten konsumieren seltener Kokain und Heroin und schneiden bei Drogentests besser ab (Kelly et al., 2010). Die Zufriedenheit korreliert auch mit wahrgenommenen

Verbesserungen der emotionalen und physischen Gesundheit und sozialen Beziehungen (Perreault et al., 2010) und ist mit einer verbesserten sozialen Integration (Arbeits-, Wohnsituation und Finanzen) assoziiert (Morris & McKeganey, 2007). Zufriedenere Methadonpatienten gehen seltener einer illegalen Aktivität nach (Morris & McKeganey, 2007; Kelly et al., 2010). Allerdings können aufgrund des Untersuchungsdesigns die wenigsten Studien die Richtung dieser Zusammenhänge bestimmen.

Merkmale der Behandlungseinrichtungen und ihrer Mitarbeitenden zeigten ebenfalls einen Zusammenhang mit der Patientenzufriedenheit: In einer gross angelegten spanischen Studie war die Anzahl Stunden pro Woche, an denen Methadon abgegeben wurde, die einzige Variable, welche im Regressionsmodell die Patientenzufriedenheit erklären konnte (Perez de los et al., 2004). In anderen Untersuchungen hingen die Zugänglichkeit, die Ausstattung und Umgebung, kleinere Grösse der Einrichtung (Pascoe, 1983), Wartezeiten (Sitzia & Wood, 1997) und die Kommunikation zwischen den Institutionen der Gesundheitsvorsorgung sowie die innerbetriebliche Kommunikation (Greenley & Schoenherr, 1981) mit der Zufriedenheit zusammen. In einer schweizerischen Befragung in stationären Drogentherapien waren eine grössere Berufserfahrung der Mitarbeitenden im Suchtbereich, die stärkere Identifikation mit dem Konzept der Einrichtung und ein tieferes Burn-Out-Niveau des Teams mit einer höheren Zufriedenheit der Klientinnen und Klienten assoziiert (Wettach et al., 2000). Bezüglich Therapiemethode zeigten sich Patientinnen und Patienten zufriedener, wenn die Therapeutinnen und Therapeuten direkt lösungsorientiert arbeiteten und wenn Zielsetzungen entwickelt wurden. Ein häufiger Therapeutenwechsel bewirkte tiefere Zufriedenheit (Pascoe, 1983).

2.3. Ergebnisse qualitativer Befragungen

In einer australischen Untersuchung wurden substituierte Patientinnen und Patienten in ambulanten Kliniken gebeten, die besten und die schlechtesten Aspekte der Behandlung aufzuzählen, sowie Änderungen vorzuschlagen. Zu den am häufigsten genannten schlechtesten Aspekten gehörten die Häufigkeit der notwendigen Präsenz in der Klinik, fehlende Flexibilität (z.B. betreffend Abgabezeiten) und die Atmosphäre in der Klinik (u. a. wegen anderen PatientInnen). Ändern würden die Befragten die Mitgaberegelungen, um nicht jeden Tag zum Bezug erscheinen zu müssen. Auch ein Wunsch nach vielseitigeren Behandlungsmöglichkeiten wurde geäussert. Als beste Aspekte der Behandlung wurden die mögliche Abstinenz vom illegalem Heroin und die damit assoziierte Stabilität sowie die positive Einstellung des Personals zu den Behandelten angegeben (Madden et al., 2008). In einer kanadischen Studie bezogen sich die meisten offenen Kommentare positiven Inhalts auf das Personal, negative Rückmeldungen auf organisatorische und infrastrukturelle Aspekte (Perreault et al., 2010).

3. Die Patientenzufriedenheitserhebung in den Zentren der Arud 2008 - 10

Die Arud ist einer der grössten Anbieter von Behandlungen für Menschen mit problematischem Substanzkonsum in der Schweiz. An vier Standorten im Grossraum Zürich bietet sie sowohl opioidgestützte Behandlungen mit Methadon, Buprenorphin, Morphin und Heroin als auch Behandlungen und Beratungen ohne Substitution für Personen mit anderen Substanzproblemen. Von 2008 bis 2010 wurde jährlich eine Patientenzufriedenheitsbefragung an allen vier Standorten durchgeführt. Die Ergebnisse wurden jeweils intern präsentiert und dienten als Grundlage für das Qualitätsmanagement.

3.1. Methode

Als Befragungsinstrument wurde eine modifizierte Form des Fragebogens „Behandlungsaspekte“ aus der Heroingestützten Behandlung verwendet. Es beinhaltete zwei allgemeine Fragen zur Zufriedenheit mit der Behandlung im Grossen und Ganzen und ihrer Qualität sowie vier weitere Fragen zur spezifischen Zufriedenheit mit der erhaltenen Hilfe in Bezug auf Drogenkonsum und Suchtprobleme, körperliche Probleme, psychische Probleme und soziale Probleme. Die Antworten umfassen eine 4-Punkte-Likert-Skala von ausgezeichnet / gut / angemessen / dürftig für die Frage nach der Qualität bzw. sehr zufrieden / weitgehend zufrieden / leicht unzufrieden / ziemlich unzufrieden für die übrigen Items (1= tiefe Zufriedenheit, 4= hohe Zufriedenheit). Zusätzlich wurden drei offene Fragen nach Aspekten der Behandlung gestellt, mit denen die Patientinnen und Patienten besonders zufrieden bzw. besonders unzufrieden waren und danach, welche Angebote sie vermissten.

Die Befragung wurde während jeweils 90 Tagen im Frühjahr mit allen Patientinnen und Patienten durchgeführt, die in diesem Zeitraum Kontakt mit der Behandlungseinrichtung hatten. Sie erhielten den Fragebogen vom Personal und füllten ihn selber aus. Die Befragten hatten die Möglichkeit, die auf dem Fragebogen aufgetragene Patientenummer abzutrennen, um anonym zu bleiben. Nur insgesamt 11 (0.8%) Fragebogen wurden anonym abgegeben. Anhand der Patientenummer wurden die Zufriedenheitsfragebogen mit den Daten aus der elektronischen Krankengeschichte zu Standort, Behandlungstyp und -dauer, Geschlecht, Alter und Nationalität verknüpft und mit dem separat erhobenen Arbeitsstatus und der Symptombelastung (validierte deutsche Version des SCL-27 (Franke, 2002; Hardt et al., 2004)). Letztere wurden nur bei Substitutionsbehandelten erhoben.

3.1.1 Stichprobenbeschreibung

Die Stichprobe der hier präsentierten Analyse umfasst die Fragebögen der drei Befragungswellen 2008 bis 2010. Es konnten 479 (2008), 529 (2009) und 445 (2010) Personen befragt werden. Der Anteil Behandelte mit Heroin

betrug 33%, 26% und 28%, der Anteil Behandler mit anderen Opioiden 59%, 58% und 56%, und der Anteil von Personen ohne Substitution 8%, 16%, 17%. Der Rücklauf variierte je nach Behandlungsmodalität und Einrichtung. In den Heroinbehandlungen betrug er 70%, in Behandlungen mit anderen Opioiden 50% und in den Behandlungen ohne Substitution 18%. Der Frauenanteil lag bei 29%, 30% und 32%, der Ausländeranteil 19%, 18%, 17%. Das Durchschnittsalter der Befragten betrug 40 ± 8.6 Jahre und die Dauer der Behandlung am Tag der Befragung 4 ± 4.2 Jahre.

3.1.2. Analyse

Die Unterschiede zwischen den Patientengruppen wurden mittels Mann-Whitney-U-Test auf Signifikanz geprüft, die Zusammenhänge mit den kontinuierlichen Variablen (Alter, Behandlungsdauer) mit Spearman-Korrelation. Um den simultanen Einfluss der Patienten- und Behandlungsmerkmale auf die Zufriedenheit zu überprüfen, wurde für jedes Zufriedenheits-Item als abhängige, binäre Variable (zufrieden/unzufrieden) ein multiples logistisches Regressionsmodell (Backstep Methode) gerechnet. Folgende Merkmale wurden als unabhängige Variablen in die Modelle miteinbezogen: Behandlungstyp (Methadon, ohne Substitution und Heroin als Referenz); Symptombelastung (als normalisierter Index für die Schwere der psychiatrischen Symptome zGSI27 nach Hardt (2004)), Alter, Geschlecht (Mann als Referenz), Arbeitsstatus (nicht auf dem Arbeitsmarkt als Referenz), Nationalität (Schweizer als Referenz), Welle (Jahr 2008 als Referenz), Behandlungsdauer. Weil die Behandlungs- und Patientenmerkmale bei der Befragung 2010 nicht umfassend erhoben wurden, sind in der logistischen Regression nur die Befragungswellen 2008 und 2009 berücksichtigt. Die offenen Fragen wurden inhaltsanalytisch ausgewertet.

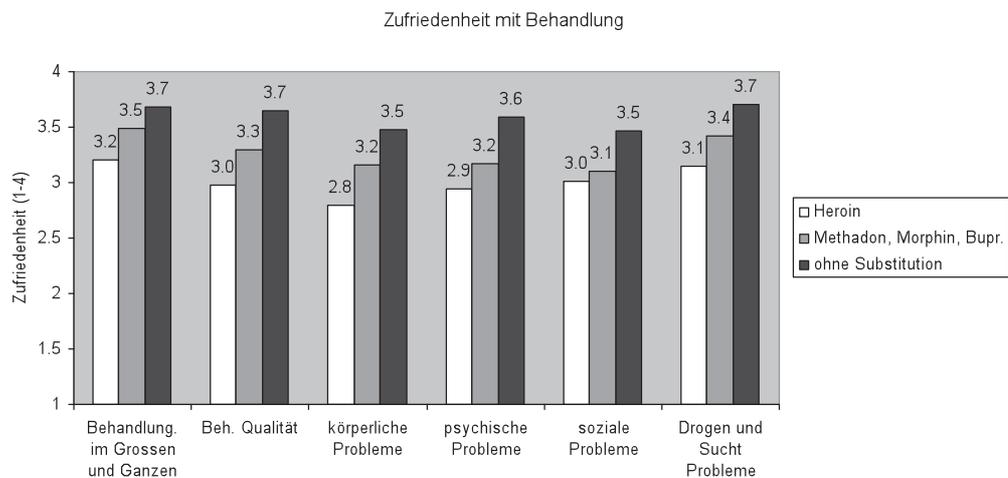
3.2. Ergebnisse

3.2.1 Ausmass der Zufriedenheit

Die mittleren Zufriedenheits-Ratings der sechs erhobenen Behandlungsaspekte aus den drei Erhebungswellen variierten zwischen den Behandlungstypen (Heroin: 3.0, andere Substitution: 3.3, ohne Substitution: 3.6). Innerhalb der Behandlungstypen betragen die Unterschiede zwischen den Aspekten maximal 2/5 Skaleneinheiten. Die Ratings der sechs Aspekte zeigten in allen drei Behandlungstypen die fast identische Rangreihenfolge: Die Zufriedenheit mit der Behandlung im Grossen und Ganzen war am höchsten, diejenige bezüglich körperlicher Probleme am tiefsten. Dazwischen lagen, in absteigender Reihenfolge, Drogen- und Suchtprobleme, Behandlungsqualität, psychische Probleme, soziale Probleme. Weil die Rücklaufsraten und die festgestellten Zufriedenheitswerte zwischen den drei Behandlungstypen beträchtlich differierten, wurden die weiteren Analysen für jeden Behandlungstyp getrennt durchgeführt.

Die Zufriedenheitsmittelwerte von Patientinnen und Patienten ohne Substitution waren hoch signifikant besser als die von Heroinbehandelten (alle Items $p < 0.000$) sowie von denjenigen in Behandlungen mit anderen Opioiden (signifikante Unterschiede in allen Items von $p < 0.05$ bis $p < 0.000$). Personen in Behandlungen mit Methadon / Buprenorphin oder Morphin waren zufriedener als diejenigen in Heroinbehandlungen in allen Zufriedenheitsitems ($p < 0.000$) ausser der Zufriedenheit mit dem Ausmass der erhaltenen Unterstützung bezüglich sozialer Probleme (Abb. 1).

Abb. 1. Zufriedenheit mit Behandlung bei Patienten in diversen Behandlungstypen (Mittelwerte 2008-2010)



Der Anteil Unzufriedene (leicht und ziemlich unzufriedene zusammengefasst) betrug bei Heroinbehandlungen zwischen 7% (Drogen und Suchtprobleme) und 23% (Hilfe in Bezug auf körperliche Probleme). In Behandlungen mit anderen Opioiden ergaben sich zwischen 2% und 13% unzufriedene und unter den Behandelten ohne Substitution lediglich 1% bis 3%.

3.2.2 Korrelate der Zufriedenheit

In der bivariaten Analyse wurden sowohl in Behandlungen mit Heroin als auch mit anderen Opioiden deutliche Unterschiede in der Zufriedenheit zwischen den Personen mit und ohne Auffälligkeiten auf den SCL-27-Symptomskalen gefunden. Höhere Symptombelastungen korrelierten mit tieferen Zufriedenheits-Ratings bezüglich der verschiedenen Behandlungsaspekte ($-.13 \leq r \leq -.32$, $p < .005$). Patientinnen und Patienten im Arbeitsverhältnis waren zufriedener als Personen ohne Arbeit. Bei Heroinpatientinnen und -patienten waren die Zusammenhänge etwas weniger konsistent, was mit der kleineren Fallzahl zusammenhängen dürfte. In Behandlungen ohne Substitution ($n = 54$) ergaben sich lediglich schwach signifikante negative Zusammenhänge ($p < .05$) zwischen der Zufriedenheit und depressiven Symptomen

(Daten nicht gezeigt). Es wurden keine signifikanten Unterschiede im Ausmass der Zufriedenheit in Bezug auf Geschlecht und Nationalität festgestellt. Auch das Alter und die Behandlungsdauer waren kaum mit der Zufriedenheit assoziiert (Tabelle 1 im Anhang).

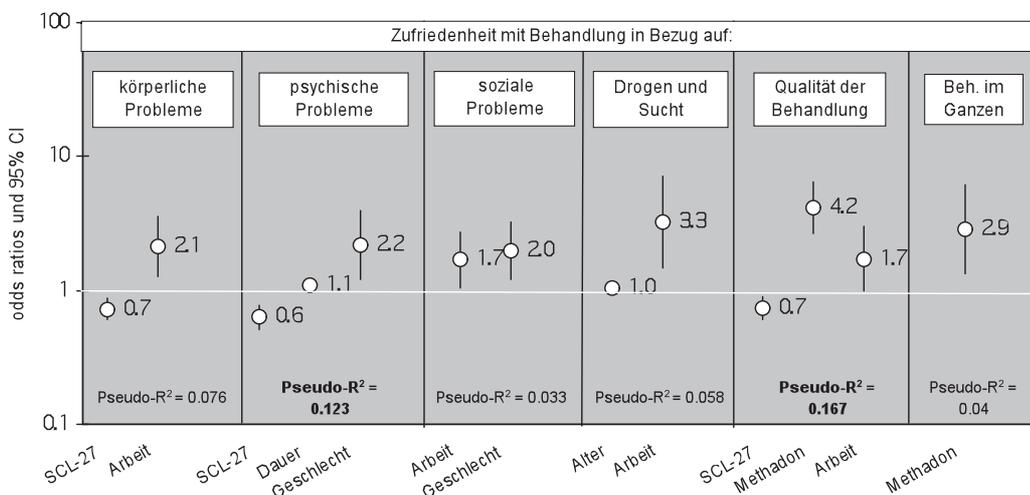
In den für jede gemessene Dimension der Zufriedenheit durchgeführten logistischen Regressionen wurden mit den unabhängigen Variablen Geschlecht, Nationalität, Arbeitsstatus, Befragungsjahr, Symptombelastung, Alter, Behandlungstyp und Dauer unterschiedliche „Varianzanteile“ erklärt (Pseudo-R² zwischen 3 und 17%). Die am häufigsten vorkommenden Einflussfaktoren waren der Arbeitsstatus (signifikant in 4 Modellen) und die Symptombelastung (signifikant in 3 Modellen).

Die Items „Zufriedenheit mit Behandlung in Bezug auf psychische Probleme“ und „Zufriedenheit mit der Qualität der Behandlung“ waren am stärksten von Patientenmerkmalen beeinflusst. Ersteres hing von der Schwere der Symptome, vom Geschlecht (Frauen berichteten bessere Zufriedenheit) und von der Behandlungsdauer (länger = besser) ab. Die Zufriedenheit mit der Behandlungsqualität war von der Symptombelastung, vom Arbeitsstatus und dem Behandlungstyp abhängig (die Heroinbehandelten schätzten ihre Zufriedenheit schlechter ein).

Das „robusteste“ Item war die Zufriedenheit mit der Behandlung im Grossen und Ganzen. Es war lediglich mit dem Behandlungstyp assoziiert. Mit den in das Modell eingeschlossenen Variablen konnten laut dem Pseudo-R² nur 4% der Varianz dieses Items erklärt werden.

Eine grafische Darstellung der Faktoren, die mit den sechs Aspekten der Zufriedenheit zusammenhängen, findet sich in Abbildung 2.

Abb. 2. Multiple logistische Regressionen: Odds Ratios für Variablen, die die Zufriedenheit beeinflussen



3.2.3 Antworten auf die offenen Fragen

Mehr als 60% aller Befragten machten jeweils von der Möglichkeit Gebrauch, Kommentare zu den offenen Fragen abzugeben. Aus dem Textmaterial konnten fünf Kategorien entwickelt werden: (1) Organisation und Regeln; (2) Professionelle Behandlungsinhalte; (3) Zwischenmenschliches / Einstellung des Personals zu den Behandelten; (4) andere Patientinnen und Patienten; (5) allgemeine Kommentare.

Die Mehrheit der Äusserungen zur Frage: „Womit waren Sie bei uns besonders zufrieden?“ betrafen die Behandlungsinhalte und den Umgang des Personals mit Patientinnen und Patienten. Es zeigte sich, dass die Patientinnen insbesondere dem menschlichen, freundlichen Umgang des Personals einen hohen Stellenwert zuschreiben. Seltener wurden spezielle Behandlungsinhalte genannt (wie Gespräche mit TherapeutInnen oder Interferonbehandlung). Gleichzeitig bestätigen die vielen positiven und teilweise Begeisterung und Dankbarkeit ausdrückenden Kommentare die hohe Zufriedenheit (Dampz & Falcato, 2008). Die meisten kritischen Kommentare bezogen sich auf organisatorische und regulatorische Aspekte wie Öffnungszeiten, Abgaberegeln, Wechsel der Therapeutinnen bzw. Therapeuten und Kommunikation zwischen den verschiedenen Fachbereichen. Einzelne Befragte wünschten sich ein breiteres Spektrum an Angeboten (z.B. Tagesstrukturangebote, Substitution von Kokain, diverse Gruppenangebote), mehr Abklärung und Information.

4 Diskussion

Ausgehend von einem inhaltlichen und methodischen Literatur-Review zum Thema der Patientenzufriedenheitserhebung und den Ergebnissen eigener Untersuchungen präsentierten wir Überlegungen zu Sinn, Zweck, Grenzen und Möglichkeiten von Zufriedenheitserhebungen im ambulanten Suchtbereich. Dabei ist der zunehmende, von verschiedenen Motiven genährte Bedarf nach einer Qualitätsbeurteilung zu berücksichtigen. Wir identifizierten in diesem Zusammenhang zwei wesentliche sozial- und gesundheits- bzw. wirtschaftspolitische Wirkungszusammenhänge und Absichten.

Einerseits die Veränderung der Arzt-Patienten-Beziehung vom paternalistischen Modell, das die Entscheidungskompetenz einseitig den Behandlern zuordnet, über das Konsumenten/Kunden-Modell, das diese ganz einem, im Idealfall vollständig informierten, Käufer von Gesundheitsdienstleistungen überlässt, bis zum Modell der partizipativen Entscheidungsfindung (Shared Decision-Making), das gekennzeichnet ist durch gegenseitigen Informationsaustausch zwischen Ärztin bzw. Arzt und Patientin bzw. Patient sowie gemeinsames Abwägen und Entscheiden. Es ist als das jüngste, am weitesten entwickelte und am besten operationalisierte Konzept der Patientenbeteiligung zu betrachten (Klemperer & Rosenwirth, 2005).

Andererseits die unter zunehmendem ökonomischem Druck entwickelten, am Modell marktwirtschaftlicher Konkurrenz orientierten Konzepte, die Leistung und Qualität der Gesundheitsversorgung zu quantifizieren. Obwohl die Systemsteuerungslogik des Gesundheitswesens offensichtlich nicht den Kräften des freien Marktes überlassen ist (z.B. Trennung von Leistungsempfänger und Kostenträger, teilweise staatliche Regulierung des Angebotes etc.), hat sich die Thematisierung der Qualität der Gesundheitsversorgung in der Folge in erheblichem Masse an der Qualitätssicherung in der industriellen Warenproduktion und Qualitätsmanagementmethoden aus anderen Branchen orientiert.

Beide Entwicklungen haben gemeinsam, medizinische Behandlungen in zunehmendem Masse als Gesundheitsdienstleistungen zu betrachten, jedoch mit einem unterschiedlichen Fokus. So haben die sich wandelnden Rollen der Akteure des Gesundheitssystems zu einer verstärkten Partizipation der Patientinnen und Patienten am Erbringungsprozess der Gesundheitsdienstleistungen, mithin einer Emanzipation und generellen Stärkung der (subjektiven) Patientenperspektive, geführt, die sich z.B. in der Verbesserung der Patientenrechte, aber auch in einer Übergabe der Verantwortung für ihre individuelle Gesundheit an die einzelnen Gesellschaftsmitglieder bzw. Patienten niedergeschlagen hat. Der ökonomische Druck hingegen führte zur Stärkung einer systemsteuerungslogischen Betrachtung der Erbringung der Gesundheitsdienstleistungen mit dem Ziel, eine bestmögliche, kostenoptimierte Qualität des Gesundheitssystems unter Berücksichtigung gesellschaftspolitisch definierter Minimalstandards zu erreichen. Folgerichtig erlangten Qualitätssicherung und -management und als Voraussetzung dafür die Messung von Qualität im Gesundheitswesen eine zunehmende Bedeutung, mit dem Zweck, die Qualität quantitativ festzustellen, in ihrer zeitlichen Veränderung und gegenüber anderen Leistungserbringern zu vergleichen sowie im Sinne des zirkulären „PDCA“-Steuerungsmodells (plan-do-check-act) zur Optimierung des Leistungserbringungsprozesses zu verwenden.

Das Kunden/Konsumenten-Paradigma (auch Informations-Modell genannt) stösst auf vielseitige Kritik: z. B. wird argumentiert, dass die Patienten gar keine Kunden sein wollen (Rees Lewis, 1994), dass Patienten, die mit neuen Behandlungsformen in Kontakt kommen, über keine Vergleichsmöglichkeiten verfügen, somit nicht in der Lage sind, eine Meinung darüber zu haben und sie selbstbewusst zu äussern (Williams, 1994; Owens & Batchelor, 1996). Solche Kritik spiegelt sich z.B. in der Verwendung alternativer Begriffe wie „Klient“ (Client) und „Dienstleistungsnutzer“ (Service user). Insbesondere ist zu bemerken, dass Patienten mehr als Partner und aktive Mitgestalter des Behandlungsprozesses zu betrachten sind, denn als reine Kunden bzw. Konsumenten oder Leistungsempfänger (Zinn, 2009; Mehmet, 2010). Diesem Umstand wird mit dem Modell der partizipativen Entscheidungsfindung (Shared Decision-Making) Rechnung getragen.

Das Konzept „Patientenzufriedenheit“ hat jedoch eine unmittelbare Überzeugungskraft im Sinne eines Common-Sense-Begriffs. Wer will schon bestreiten, dass zufriedene Patientinnen und Patienten eine erstrebenswerte Grösse in der medizinischen Versorgung sind. Die Aufarbeitung der Literatur zeigt jedoch, dass eine naive Verwendung von Patientenzufriedenheit sowohl hinsichtlich der theoretischen Erklärungsmodelle wie auch der empirischen Befunde grosse Gefahr läuft, der Realität nicht gerecht zu werden. Theoretisch konzeptuell ist Patientenzufriedenheit als ein komplexes psychosoziales Phänomen zu betrachten, das einerseits einen emotionalen Zustand beschreibt und andererseits eine auf der subjektiven Wahrnehmung und Interpretation beruhende Beurteilung der Realität, vor dem Hintergrund der zur Verfügung stehenden Information, bisheriger Erfahrungen und erworbener Normen, Werte und Meinungen – kurz: „Erwartungen“ – die durch zahlreiche „Verzerrungen“ gestört werden können.

Es ist dennoch sinnvoll anzunehmen, dass Patientenzufriedenheit kein rein fiktives Konstrukt ist, sondern in Realität existiert, auch wenn wir wenig darüber wissen, wie sie zustande kommt. Dafür sprechen insbesondere die empirisch konsistent gefundenen Korrelationen von Zufriedenheitsäusserungen mit Verhaltensabsichten (z.B. bez. erneute Benutzung, Weiterempfehlung) und behandlungsrelevantem Verhalten (z.B. Adhärenz, Verbleib in Behandlung) und die differenzierten Zusammenhänge mit bestimmten Teilaspekten der Behandlung verschiedener gesundheitlicher Störungen.

Zufriedenheit mit der Behandlung bzw. der Gesundheitseinrichtung ist offensichtlich nicht mit deren Qualität gleichzusetzen. Es dürfte geradezu eine für das Überleben und die Gesundheit des Menschen notwendige psychische Fähigkeit sein, auch trotz mehr oder weniger ungünstiger Umstände ein ausreichendes Mass an emotionaler Zufriedenheit produzieren zu können. Dies könnte auch eine Erklärung für die empirisch ausnahmslos hohen Zufriedenheitsraten und stark linksschiefen Verteilungen sein.

Im empirischen Teil untersuchten wir das Ausmass der Patientenzufriedenheit in drei verschiedenen Settings der ambulanten, suchtmedizinischen Behandlung (substitutionsgestützte Behandlung von Opiatabhängigkeit mit Heroin, mit alternativen Opioiden und Behandlungen ohne Substitution bei problematischem Konsum anderer Substanzen). Im Einklang mit den Resultaten anderer Forschenden fanden auch wir hohe Patientenzufriedenheitswerte. Über drei Viertel der Behandelten waren sehr/weitgehend zufriedenen. Für die Interpretation sollte aufgrund der systematisch linksschiefen Verteilung von Zufriedenheitsratings der Cut-off zur Bestimmung auffälliger Werte hoch (d.h. bei 75 - 80%er Zufriedenheit) angesetzt werden. Wie Williams feststellte, bleibt aber die Frage ungelöst, wie die differenzierten Sichtweisen der – sich zufrieden äussernden – Mehrheit der Behandelten einbezogen werden können, wenn derartige Erhebungen mehr als ein „Troubleshooting“ anstreben wollen (1994).

Unsere Messungen ergaben signifikante bivariate Unterschiede zwischen den Behandlungssettings, und zwar tiefere Zufriedenheit der Heroinpatientinnen und -patienten, die in zwei Regressionsmodellen (Behandlung im Ganzen und Behandlungsqualität) unter Kontrolle anderer Variablen bestätigt wurden. Auf den ersten Blick stehen diese Ergebnisse im Widerspruch zu anderen Studien, in denen dies umgekehrt war (Sell & Zador, 2004; Marchand et al., 2011). Zu beachten sind jedoch erhebliche Unterschiede im Design. Während es sich in unserem Fall um eine naturalistische Beobachtung handelte und sich neben der eingesetzten Substitutionsmedikation auch die übrigen Rahmenbedingungen in den vier Arud-Zentren erheblich unterschieden, wurden die Daten der anderen Studien jeweils alle in der gleichen Behandlungseinrichtung und im Fall von Marchand nach randomisierter Gruppenzuteilung erhoben. In unserem Fall handelte es sich somit eher um die Messung der Gesamtzufriedenheit mit der Gesundheitsleistung / -einrichtung, während in den erwähnten Untersuchungen eher die „isolierte“ Zufriedenheit mit dem Substitutionsmittel gemessen wurde. Die tiefere Zufriedenheit in Heroinbehandlungen der Arud erklären wir uns mit den für dieses Setting zu befolgenden strengeren Regeln und Auflagen, welche u.a. die tägliche persönliche Präsenz und den Sichtkonsum umfassen. Diese Vermutung wird gestützt durch die offenen Antworten der Patientinnen und Patienten. Dies bedeutet jedoch noch nicht, dass die Qualität der Heroinbehandlung schlechter ist. Sie wird unter anderen Bedingungen durchgeführt, derer Modifikation gesetzliche Änderungen voraussetzen würden. Da eine direkte Vergleichbarkeit somit nicht gegeben ist, erscheint es empfehlenswert, die unter naturalistischen Bedingungen erhobenen Daten aus verschiedenen Behandlungssettings jeweils getrennt zu analysieren.

Mittels der multiplen logistischen Regression wurde gezeigt, dass die Einschätzung der Zufriedenheitsdimensionen von verschiedenen Patientenmerkmalen abhängig ist. Der Arbeitsstatus und die Symptombelastung – beides auch Zielgrößen in der Suchtbehandlung – waren dabei die stärksten und häufigsten Korrelate. Einerseits kann dies bedeuten, dass Personen mit psychischen Belastungen oder Personen ohne Arbeit weniger gute Behandlung erhielten bzw. ihre speziellen Bedürfnisse schlechter befriedigt werden konnten. Andererseits kann die psychische Belastung (z.B. Depressivität) oder eine schlechte soziale Integration die schlechtere Einschätzung der Zufriedenheit hervorgerufen haben.

Für die Zufriedenheit mit der Behandlungsqualität konnte im Regressionsmodell näherungsweise 17% der Varianz erklärt werden (Pseudo-R² Schätzung). Es sind nicht berücksichtigte weitere Einflussfaktoren zu vermuten. In unserer Untersuchung wurden z.B. keine Merkmale der Mitarbeitenden erhoben (Ausbildung, Berufserfahrung oder Identifikation mit dem Institutionskonzept), die Teil der Behandlungsqualität bilden und laut anderer Studien im Zusammenhang mit der Patientenzufriedenheit stehen. Das „robusteste“ Item, das lediglich von einem Behandlungsmerkmal (Behandlungstyp) abhängig war, war die „Zufriedenheit mit der Behandlung im Grossen und Ganzen“. Zu Vergleichszwecken (z.B. zwischen Institutionen) erscheint es empfehlens-

wert, eine solche allgemeine, von Patientenmerkmalen weitgehend unabhängige Frage zu stellen.

Die Möglichkeit zur freien Meinungsäußerung über das Behandlungsangebot wurde gut genutzt und die Resultate unserer inhaltsanalytischen Auswertungen stimmen mit der Literatur überein (Madden et al., 2008; Perreault et al., 2010). Die offenen Kommentare bereicherten die erhaltenen Angaben, halfen bei der Interpretation der quantitativen Ergebnisse und lieferten hilfreiche Informationen für das Qualitätsmanagement. Bei der internen Präsentation zeigte sich, dass gerade die offenen Antworten sehr motivierend auf das Personal wirkten. Sie konnten auch zur Planung von Verbesserungen im Angebot genutzt werden.

Unsere Resultate decken sich weitgehend mit den Befunden anderer Studien zur Patientenzufriedenheit in der Suchttherapie und mit denjenigen aus anderen Gesundheitsbereichen. In einer Metaanalyse (Hall & Dornan, 1988a) waren 81% aller Patientinnen und Patienten mit der erhaltenen medizinischen Behandlung zufrieden. In einer weiteren Analyse von 107 Arbeiten stellten dieselben Autoren fest, dass die Zufriedenheit am tiefsten war in den Bereichen Aufmerksamkeit gegenüber psychosozialen Problemen, Bürokratie und Administration sowie Finanzen / Kosten. Die Zufriedenheit mit der generellen Qualität, der persönlichen Interaktion mit den Leistungserbringern und deren Kompetenz war hingegen am höchsten (Hall & Dornan, 1988b). In einem anderen Review von über 50 Studien unter Psychiatrie-Patienten lag der durchschnittliche Anteil Zufriedener bei 77.5% (Lebow, 1983).

Von der Messung der Patientenzufriedenheit verspricht man sich Auskunft darüber, wie die Patientinnen und Patienten das erhaltene Angebot einschätzen. Je stärker die Zufriedenheit jedoch auch Ausdruck des persönlichen Un-/Wohlbefindens der Patienten, eine Funktion ihrer Depressivität oder Ausdruck ihrer Angepasstheit etc. ist, wird dieses Vorgehen fragwürdig. Deswegen ist es wichtig, die psychometrischen Eigenschaften des eingesetzten Instrumentes zu beachten, die erhaltenen Ergebnisse zu überprüfen und nicht vorschnell zu interpretieren. Sofern ein Vergleich zwischen verschiedenen Behandlungssettings oder Einrichtungen vorgenommen werden soll, ist es notwendig, für Patientenmerkmale zu kontrollieren, die Einfluss auf die Zufriedenheitsratings haben. Unsere Ergebnisse legen nahe, dass dabei insbesondere die Symptombelastung und der Arbeitsstatus als wesentliche Faktoren berücksichtigt werden sollten.

Zusammenfassend führen unsere Erfahrungen und Ergebnisse vor dem Hintergrund der theoretischen Auseinandersetzung zum Schluss, dass mit Zufriedenheitsbefragungen wesentliche Erkenntnisse über eine eigenständige Qualitätsdimension ambulanter Suchtbehandlungen per se gewonnen werden können, deren Resultate (insbesondere betriebsintern) von praktischem Nutzen sein können. In dieser Hinsicht ist die Zweckmäßigkeit jährlicher Wiederholungen von Zufriedenheitserhebungen unserer Erfahrung nach jedoch fraglich, da kaum Veränderungen festzustellen waren. In den Zen-

tren der Arud werden Befragungen deshalb in Zukunft mit einer 2-jährlichen Periodizität durchgeführt. Auch sollten die Resultate nicht vorschnell aus dem Blickwinkel des Kundenmodells interpretiert oder für einfache Vergleiche zwischen Anbietern herangezogen werden. Die Qualität eines Gesundheitsangebotes ist ein komplexeres Konstrukt. Neben der Patientenzufriedenheit sind für eine umfassende Qualitätsbeurteilung weitere Qualitätsindikatoren zu berücksichtigen, wie z.B. die Zugänglichkeit, die Anzahl durchgeführter Behandlungen (als Indikator entsprechender Erfahrung), Mortalitätsraten und unerwünschte Ereignisse (z.B. ungeplante Hospitalisationen), die Einhaltung professioneller Best-Practice-Standards, die Qualifikation der Mitarbeitenden, Kosten-Nutzen-Relation etc.

Literatur

- Abramowitz, S., Cote, A. A., & Berry, E. (1987). Analyzing patient satisfaction: a multianalytic approach. *QRB Qual Rev Bull.*, *13*, 122-130.
- Aigner, M., Forster-Streffleur, S., Prause, W., Freidl, M., Weiss, M., & Bach, M. (2006). What does the WHOQOL-Bref measure? Measurement overlap between quality of life and depressive symptomatology in chronic somatoform pain disorder. *Soc.Psychiatry Psychiatr.Epidemiol.*, *41*, 81-86.
- Applebaum, R. A., Straker, J. K., & Geron, S. M. (2004). *Patientenzufriedenheit: Benennen, bestimmen, beurteilen*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Avis, M., Bond, M., & Arthur, A. (1995a). Exploring patient satisfaction with out-patient services. *J Nurs.Manag.*, *3*, 59-65.
- Avis, M., Bond, M., & Arthur, A. (1995b). Satisfying solutions? A review of some unresolved issues in the measurement of patient satisfaction. *J Adv.Nurs.*, *22*, 316-322.
- Brady, T., Flaherty, J. A., & Miller, N. S. (1998). Managing patient satisfaction data in mental health. *Association of Health Services Research*, *15*, 256-257.
- Brown, L. S., Chu, M., Pitt, L., Rawls, J. E., & Sage, R. (1998). Patient satisfaction survey conducted by continuous quality improvement committee at methadone maintenance treatment program in New York City. In *NIDA 59th Annual Scientific Meeting* (pp. 319). Washington DC: Government Printing Office.
- Cernovsky, Z. Z., O'Reilly, R. L., & Pennington, M. (1997). Antisocial personality traits and patients' satisfaction with treatment for addiction. *Psychol.Rep.*, *80*, 275-282.
- Chan, M., Sorensen, J. L., Guydish, J., Tajima, B., & Acampora, A. (1997). Client satisfaction with drug abuse day treatment versus residential care. *Journal of Drug Issues*, *27*, 367-377.
- Cleary, P. D. & McNeil, B. J. (1988). Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry*, *25*, 25-36.
- Collins, K. & O'Cathain, A. (2003). The continuum of patient satisfaction—from satisfied to very satisfied. *Social Science & Medicine*, *57*, 2465-2470.
- Dampz, M. & Falcato, L. (2008). «Man wird als Mensch behandelt und nicht wie ein Stück Dreck». Ergebnisse einer qualitativen Zufriedenheitsbefragung bei Patienten in substituionsgestützter Behandlung. In *3rd Swiss Addiction Research Day SSAM*.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*, *260*, 1743-1748.
- Franke, G. (2002). SCL-90-R. *Die Symptomcheckliste von Derogatis - Deutsche Version - Manual*. (2 ed.) Göttingen: Hogrefe.
- Greenley, J. R. & Schoenherr, R. A. (1981). Organization effects on client satisfaction with humaneness of service. *J Health Soc Behav*, *22*, 2-18.
- Guggenbühl, L., Stamm, R., Hälg, R., & Schnyder-Walser, K. (2011). *QuaTheDa-E. Konzept für die Messung der Ergebnisqualität in der Suchthilfe* Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Hall, J. A. & Dornan, M. C. (1988a). Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Soc Sci Med*, *27*, 637-644.
- Hall, J. A. & Dornan, M. C. (1988b). What patients like about their medical care and how often they are asked: a meta-analysis of the satisfaction literature. *Soc Sci Med*, *27*, 935-939.
- Hall, J. A. & Dornan, M. C. (1990). Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. *Soc Sci Med*, *30*, 811-818.
- Hardt, J., Egle, U. T., Kappis, B., Hessel, A., & Brähler, E. (2004). Die Symptom-Checkliste SCL-27 Ergebnisse einer deutschen Repräsentativbefragung. *Psychother Psych Med*, *54*, 214-223.
- Kelly, S. M., O'Grady, K. E., Brown, B. S., Mitchell, S. G., & Schwartz, R. P. (2010). The role of patient satisfaction in methadone treatment. *Am J Drug Alcohol Abuse*, *36*, 150-154.
- Klemperer, D. & Rosenwirth, M. (2005). *Shared Decision Making: Konzept, Voraussetzungen und politische Implikationen* (Rep. No. 2. Auflage). Bremen: Bertelsmann Stiftung.
- Lebow, J. L. (1983). Research assessing consumer satisfaction with mental health treatment: a review of findings. *Eval.Program.Plann.*, *6*, 211-236.

- Lehman, A. F. & Zastowny, T. R. (1983). Patient satisfaction with mental health services: a meta-analysis to establish norms. *Eval.Program.Plann.*, 6, 265-274.
- Madden, A., Lea, T., Bath, N., & Winstock, A. R. (2008). Satisfaction guaranteed? What clients on methadone and buprenorphine think about their treatment. *Drug Alcohol Rev*, 27, 671-678.
- Marchand, K. I., Oviedo-Joekes, E., Guh, D., Brissette, S., Marsh, D. C., & Schechter, M. T. (2011). Client satisfaction among participants in a randomized trial comparing oral methadone and injectable diacetylmorphine for long-term opioid-dependency. *BMC Health Serv Res*, 11, 174.
- Marsden, J., Ogborne, A., Farrell, M., & Rush, B. (2000). *International guidelines for the evaluation of treatment services and systems for psychoactive substance use disorders* World Health Organization (WHO); United Nations International Drug Control Programme (UNDCP); European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA).
- Mayo, E. (1933). *The human problems of an industrial civilisation*. New York: Macmillan.
- Mehmet, Y. (2010). *Qualitätsurteile in Patientenbefragungen: Von der Zufriedenheit zum reflektierten Urteil*. (Kindle Edition ed.) Gabler.
- Morris, Z. S. & McKeganey, N. (2007). Client perceptions of drug treatment services in Scotland. *Drugs: Education, Prevention & Policy*, 14, 49-60.
- Owens, D. J. & Batchelor, C. (1996). Patient satisfaction and the elderly. *Social Science & Medicine*, 42, 1483-1491.
- Parsons, T. (1951). *The social system*. New York: Free Press.
- Pascoe, G. C. (1983). Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Eval.Program.Plann.*, 6, 185-210.
- Perez de los, C. J., Fidel, G., Escuder, G., Haro, G., Sanchez, N., Pascual, C. et al. (2004). A satisfaction survey of opioid-dependent clients at methadone treatment centres in Spain. *Drug Alcohol Depend.*, 73, 307-313.
- Perez de los, C. J., Trujols, J., Valderrama, J. C., Valero, S., & Puig, T. (2005). Patient perspectives on methadone maintenance treatment in the Valencia Region: dose adjustment, participation in dosage regulation, and satisfaction with treatment. *Drug Alcohol Depend.*, 79, 405-412.
- Perreault, M., White, N. D., Fabres, E., Landry, M., Anestin, A. S., & Rabouin, D. (2010). Relationship between perceived improvement and treatment satisfaction among clients of a methadone maintenance program. *Eval.Program.Plann.*, 33, 410-417.
- Raspe, H., Voigt, S., Herlyn, K., Feldmeier, U., & Meier-Rebentisch, K. (1996). [Patient «satisfaction» in medical rehabilitation--a useful outcome indicator?]. *Gesundheitswesen*, 58, 372-378.
- Rees Lewis, J. (1994). Patient views on quality care in general practice: Literature review. *Social Science & Medicine*, 39, 655-670.
- Risser, N. L. (1975). Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care settings. *Nurs.Res*, 24, 45-52.
- Saila, T., Mattila, E., Kaila, M., Aalto, P., & Kaunonen, M. (2008). Measuring patient assessments of the quality of outpatient care: a systematic review. *J Eval.Clin Pract.*, 14, 148-154.
- Satzinger, W., Trojan, A., Kellermann-Mühlhoff, P., Buck, R., Dutin, G., & Raspe, H. (2001). *Patientenbefragung in Krankenhäusern: Konzepte, Methoden, Erfahrungen*. Sankt Augustin: Asgard Verlag.
- Sell, L. & Zador, D. (2004). Patients prescribed injectable heroin or methadone -their opinions and experiences of treatment. *Addiction*, 99, 442-449.
- Sitzia, J. & Wood, N. (1997). Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Soc Sci Med*, 45, 1829-1843.
- Straub, C., Arnold, M. M., & Selbmann, H. K. (1997). *Patientenorientierte Versorgung im Krankenhaus. Ein Projekt der Robert Bosch Stiftung*. Tübingen Stuttgart: Institut für Medizinische Informationsverarbeitung der Universität Tübingen + Robert Bosch Stiftung GmbH.
- Szasz, T. S. & Hollender, M. H. (1956). A contribution to the philosophy of medicine; the basic models of the doctor-patient relationship. *AMA.Arch Intern Med*, 97, 585-592.
- Tagliacozzo, D. L. (1965). The nurse from the patient's point of view. In J.K.j.Skipper & R. C. Leonard (Eds.), *Social interaction and patient care* (pp. 219-228). Philadelphia: Lippincott.

- Ware, J. E., Jr. & Hays, R. D. (1988). Methods for measuring patient satisfaction with specific medical encounters. *Medical Care*, 26, 393-402.
- Ware, J. E., Jr., Snyder, M. K., Wright, W. R., & Davies, A. R. (1983). Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Eval.Program.Plann.*, 6, 247-263.
- Wettach, R. H. U. (2004). *Therapiezufriedenheit von Drogenabhängigen, Der Stellenwert von Persönlichkeitsaspekten, Behandlungsbeurteilung und Institutionsmerkmalen im stationären Setting*. Bern: Peter Lang AG.
- Wettach, R. H. U., Frei, A., Dobler-Mikola, A., & Uchtenhagen, A. (2000). *Qualität in der stationären Therapie: Nationale Erhebung und Analyse von ausgewählten Qualitätsmerkmalen der stationären Therapieprogramme für Drogenabhängige (QUAFOS)* Zürich: Institut für Suchtforschung.
- Williams, B. (1994). Patient satisfaction: a valid concept? *Soc Sci Med*, 38, 509-516.
- Williams, B., Coyle, J., & Healy, D. (1998). The meaning of patient satisfaction: An explanation of high reported levels. *Social Science & Medicine*, 47, 1351-1359.
- World Health Organization (WHO) (2000). *Evaluation of Psychoactive Substance Use Disorder Treatment: Workbook 6 client satisfaction evaluation* World Health Organization.
- Zinn, W. (2009). *Personengebundene Einflussfaktoren auf die Patientenzufriedenheit Normierungsansätze einer stationären computergestützten Patientenzufriedenheitsmessung im deutschsprachigen Raum*. Pädagogische Hochschule Weingarten, Weingarten.

Korrespondenzadresse

Luis Falcato
Evaluation & Forschung
Arud, Zentrum Aussersihl
Sihlhallenstrasse 30
8026 Zürich

research@arud.ch

Résumé

Le renforcement de la perspective du patient et la pression économique croissante ont rendu plus importante la mesure de la qualité dans le secteur de la santé. Dans ce cadre, quelle est l'importance de la satisfaction du patient?

Dans ses quatre centres en médecine de l'addiction, Arud a conduit de 2008 à 2010 des enquêtes annuelles sur la satisfaction des patients suivant trois types de traitement ambulatoire, dans lesquelles des techniques quantitatives et qualitatives ont été employées.

Les niveaux de satisfaction envers les différents types ont été comparés entre eux et testés sur différents facteurs d'influence par régression logistique. Les questions ouvertes ont été évaluées par une analyse de contenu.

Plus des ¾ des personnes interrogées ont indiqué une satisfaction élevée, la plus basse étant pour les traitements à l'héroïne et la plus élevée pour les traitements sans substitution. Les traitements à la méthadone, la buprénorphine ou la morphine se trouvaient en position intermédiaire. Les plus importants facteurs d'influence ayant pu être identifiés sont l'importance des symptômes et le statut professionnel des patients.

Les enquêtes de satisfaction ont fourni des informations sur une dimension à part entière de la qualité dans les traitements ambulatoires de la dépendance, qui peuvent être d'utilité pratique. Les résultats ne devraient toutefois pas être hâtivement interprétés dans la perspective du modèle clients ou mis à contribution pour de simples comparaisons entre prestataires. La qualité d'une offre en santé publique est une construction plus complexe.

Summary

With the increased emphasis on the patients' point of view and the growing economic pressures, quality assessment within the Health Care System has become more of an issue. What significance should, therefore, be attached to patient satisfaction in this context?

From 2008 to 2010, Arud annually recorded the level of patient satisfaction in three outpatient treatment settings in its four centres for treatment of drug addiction using quantitative and qualitative methods of assessment.

The satisfaction levels were compared to one another and examined for the impact of various factors using logistic regression. Open questions were assessed and analysed for their content. More than $\frac{3}{4}$ of those surveyed reported a high level of satisfaction, with the lowest level being recorded for heroin treatments and the highest for treatments not involving the use of substitutes. Treatments involving methadone, buprenorphine or morphine lay in-between. The factors identified as having the most impact were the severity of the symptoms and the employment status of the patients.

Satisfaction surveys provide information on an independent quality dimension of outpatient treatments of addiction, which could be of practical benefit. The results, however, should not be interpreted too hastily from the viewpoint of the client model or be used to draw simple comparisons between providers. The quality of any health service is a more complex construct.